

Trabajo Fin de Máster

Perfil del paciente que acude a la Consulta de
Deshabitación Tabáquica mayor de 55 años

Profile of the patient who goes to the Consultation of
Tabáquica Detoxification over 55 years

Autora

M^a Carmen Castaño Prieto

Director

José Raúl Pérez Sanz

Codirector

Joaquín Carlos Costán Galicia

Máster en Gerontología Social
Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza
Año 2017-2018

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Introducción.....	4
2.1. Origen.....	4
2.2. Definición y Factores de riesgo.....	4
2.3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).....	6
2.4. Tabaco y Enfermedad Cardiovascular.....	7
2.5. Efectos Nocivos del Humo del tabaco sobre el Aparato Respiratorio.....	8
2.5.1. ¿Qué sustancias químicas dañinas contiene humo del tabaco?	
2.5.2. ¿Cuáles son los riesgos del humo del tabaco para quienes no fuman?	
2.6. ¿Causa adicción fumar?.....	11
2.7. ¿Son dañinos y adictivos otros productos del tabaco, como el tabaco sin humo o el tabaco de pipa?.....	12
2.8. ¿Es dañino fumar sólo unos cigarrillos al día?.....	13
2.9. Utilización de la patología como factor de motivación en fumadores enfermos.....	13
2.10. Aplicación clínica del tratamiento “multicomponente” del tabaquismo. Consulta de Atención Especializada.....	15
2.11. Beneficios inmediatos para la salud al dejar de fumar.....	17
2.12. Beneficios para la salud a largo plazo al dejar de fumar.....	17
2.13. ¿Disminuye el riesgo de padecer o morir por cáncer si se deja de fumar?.....	18
2.14. ¿Importa que deje de fumar alguien que ha sido diagnosticado de cáncer?.....	18
2.15. Diagnóstico del tabaquismo.....	19
3. Hipótesis.....	22
4. Objetivos.....	22
4.1. Objetivo Principal.....	22
4.2. Objetivos Específicos.....	23

5. Material y Método.....	23
5.1. Diseño del estudio.....	23
5.2. Contexto geográfico y temporal del estudio.....	24
5.3. Población de estudio: criterios de inclusión y exclusión.....	24
5.4. Consentimiento para la realización del estudio.....	25
5.5. Acceso y recogida de la información.....	25
5.6. Variables del estudio.....	26
5.6.1. Variables principales.....	26
5.6.2. Variables secundarias.....	27
5.7. Análisis de los datos.....	28
5.8. Cronograma.....	29
5.9. Responsabilidades éticas.....	29
6. Resultados.....	30
7. Discusión.....	42
8. Conclusiones.....	44
9. Bibliografía.....	46
10. Anexos.....	55

ÍNDICE ANEXOS

1. Valoración fase de abandono del tabaco en la que se encuentra el fumador.....	55
2. Anamnesis fumador. Historia personal de consumo de tabaco. Historia Clínica.....	56
3. Estudio de motivación para dejar de fumar. Test de Richmond.....	58
4. Diagnóstico de la dependencia de la nicotina. Test de Fagerström.....	59
5. Valoración dependencia psicosocial-conductual o Test de GLOVER NILSSON.....	60
6. Valoración entorno social y Escala HADS.....	61
7. Diagnostico síndrome de abstinencia.....	62
8. Permiso Dirección del Hospital y Acuerdo de confidencialidad.....	63

1. RESUMEN

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente, y supone la primera causa evitable de morbilidad en el mundo occidental. Se asocia a más de 25 enfermedades, siendo el responsable del 90 % de la patología tumoral, del 75% de los procesos clasificados como bronquitis crónica o enfisema y del 25% de los síndromes coronarios agudos.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes mayores de 55 años que acuden a la Consulta de Deshabituación Tabáquica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre los años 2015 y 2018.

Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo y un análisis estadístico descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS 21, con una muestra de 100 pacientes mayores de 55 años para conocer las patologías asociadas al tabaquismo y un estudio con una muestra de 85 pacientes para conocer el consumo actual de tabaco (número de cigarrillos día, IPA, cooximetría inicial y test de Fagerström), además de una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos.

Resultados: Según los resultados de dicho estudio, un 40% de los pacientes de la consulta de deshabituación tabáquica presentaron enfermedad cardiovascular y un 55% del total enfermedades respiratorias. La ansiedad y la depresión estaban presentes en un 47% de los casos. El 91% de los pacientes presentaba alguna patología asociada con una alta prevalencia de síntomas. La media fue de 16 cigarrillos/día, un consumo acumulado de 42,02 paquetes/año y un nivel moderado de dependencia a la nicotina.

Conclusiones: Se concluye que las patologías más frecuentes en los diferentes grupos de edad y sexo son las siguientes: La dislipemia se da en un 83,3% de los hombres mayores de 71 años, en un 75% de los hombres entre 66-70años y un 62.5% de las mujeres entre 55-60 años. Además, un 66,7% de los hombres mayores de 71 años son hipertensos. La depresión estaba presente en el 100% de las mujeres mayores de 71 años, y para el mismo grupo de edad, un 66,7% padecían insuficiencia respiratoria. Además de destacar que el 66,7% de los hombres mayores de 71 años y el 62,5% de las mujeres entre 66-70 sufren EPOC. Por último, cabe matizar que entre las mujeres mayores de 71 años, el 66,7% padece insuficiencia venosa crónica y cáncer de pulmón, y el 100% de ellas cáncer de colon. El 76% de los hombre entre 66-70 años consumían entre 16 y 20 cigarrillos/día y todos los grupos de edad,

tanto hombres como mujeres, tenían un nivel muy severo de IPA en porcentajes mayores al 70%(excepto las mujeres entre 66-70años)

Palabras Clave: “perfil del paciente que deja de fumar” “perfil del paciente que acude consulta de Deshabitación Tabáquica” “tabaco y EPOC” “tabaco y enfermedad cardiovascular”.

ABSTRACT

Background: Smoking is an addictive, chronic and recurrent disease, and is the first avoidable cause of morbidity and mortality in the Western world. It is associated with more than 25 diseases, being responsible for 90% of the tumor pathology, 75% of the processes classified as chronic bronchitis or emphysema and 25% of the acute coronary syndromes.

Objective: To study the profile of patients older than 55 years of age who attend the Smoking Detoxification Consult of the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa of Zaragoza between the years 2015 and 2018.

Methodology: A descriptive cross-sectional study and a descriptive statistical analysis were carried out using the statistical package SPSS 21, with a sample of 100 patients older than 55 years to know the pathologies associated with smoking and a study with a sample of 85 patients to know the current consumption of tobacco (number of cigarettes day, IPA, initial co-oximetry and Fagerström test), as well as a literature search in various databases.

Results: According to the results of this study, 40% of the patients in the Smoking Detoxification consultation presented cardiovascular disease and 55% of the total respiratory diseases. Anxiety and depression were present in 47% of the cases. 91% of the patients presented some pathology associated with a high prevalence of symptoms. The average was 16 cigarettes / day, an accumulated consumption of 42.02 packs / year and a moderate level of nicotine dependence.

Conclusions: It is concluded that the most frequent pathologies in the different age and sex groups are the following: Dyslipidemia occurs in 83.3% of men over 71 years of age, in 75% of men between 66-70 years and a 62.5% of women between 55-60 years. In addition, 66.7% of men over 71 are hypertensive. Depression was present in 100% of women older than 71 years, and for the same age group, 66.7% had respiratory failure. In addition to highlighting that 66.7% of men over 71 years and 62.5% of women between 66-70 suffer from COPD. Finally, it should be noted that among women older than 71 years, 66.7% suffer from chronic venous insufficiency and lung cancer, and 100% of them colon cancer. 76% of men between 66-70 years old consumed between 16 and 20 cigarettes / day and all age groups, both men and women, had a very severe level of IPA in percentages greater than 70% (except for women between 66 -70year.

Keywords: "profile", "patient", "tobacco", "deshabitación", "stop smoking", "tobacco and epoc", "tobacco and cardiovascular disease".

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Origen

Las primeras noticias que se tienen sobre el tabaco fueron aportadas por los descubridores y exploradores españoles tras su regreso de las tierras del nuevo continente, donde en algunas de las cuales ya era conocido.

Perteneciente a la familia de las Solanáceas y al género Nicotiana, es una planta originaria de América que crece a temperaturas que oscilan entre los 12 y 18°C., remontándose su historia al año 1492, que como ya se sabe es la fecha del primer viaje de Colón.

Una de sus principales características es su gran adaptabilidad al medio en el que se cultiva. La hoja de la planta del tabaco es sometida a un proceso de fermentación, curación y desecación. Después de ello es manipulada para obtener las labores mediante las cuales es consumido. El cultivo de tabaco está muy extendido en todo el mundo, siendo China, Brasil, India y Estados Unidos los países con mayor producción (1).

2.2. Definición y Factores de Riesgo

El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente, y supone la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental. Se asocia a más de 25 enfermedades, siendo el responsable del 90 % de la patología tumoral, del 75% de los procesos clasificados como bronquitis crónica o enfisema y del 25% de los síndromes coronarios agudos (2, 3, 4).

El consumo de tabaco constituye el principal factor de riesgo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (80-85% de los casos), siendo un factor de riesgo para otras muchas enfermedades; así como el 33% de las enfermedades cardiovasculares, tales como cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y vascular periférica, aneurisma de aorta, y otras afecciones otorrinolaringológicas y digestivas (2).

El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prematura y evitable, en los países desarrollados. La OMS estima que al año mueren 4.9 millones de personas como consecuencia del tabaco, si no se aplican medidas idóneas en políticas y programas para frenar su consumo, las predicciones de 10 millones de muertes al año por consumo de tabaco para el 2030 será una realidad. La mitad de estas muertes ocurrirán en el segmento de población de mediana edad (35-69 años), y los fumadores perderán una media de entre 10 y 20 años de expectativa de vida, en comparación con los no fumadores (5).

En la actualidad produce la muerte prematura de 53.000 fumadores en España, más de 500.000 en Europa y aproximadamente 3 millones de personas a nivel mundial (2, 6). En los países desarrollados, causa el 35% de las muertes en los varones de edad media y más de una quinta parte en la vejez.

En cuanto a la mortalidad, el tabaquismo continúa produciendo estragos en la población de España. Las 54.233 muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco (49.366 en varones y 4.867 en mujeres) obedecen en gran medida a las aún elevadas cifras de prevalencia de consumo. Esta cifra de muertes equivale al 16% de todas las muertes ocurridas en individuos mayores de 35 años; dicho de otro modo, una de cada seis muertes (1 de cada 4 varones y 1 de cada 34 mujeres) son atribuibles al consumo del tabaco. De ahí que la mortalidad por consumo de tabaco suponga una elevadísima carga de muertes prematuras evitables (5).

El 91% de las muertes ocurren en varones y el 9% en mujeres. Dos tercios de estas muertes son por cuatro causas: Cáncer de Pulmón (CP) (28,8%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (20,0%), cardiopatía isquémica (12,4%) y enfermedad cerebrovascular (8,9%). Casi el 50% de estas cuatro entidades corresponden a enfermedades neumológicas (CP y EPOC) (5).

España es uno de los países europeos con mayor prevalencia en tabaquismo; según la última Encuesta Nacional de Salud fuma el 24% de la población. Estas cifras han ido descendiendo lentamente en los últimos años y

se ha frenado el crecimiento del consumo en mujeres fumadoras. Gracias a las medidas legislativas introducidas, se está logrando que haya cambios en el patrón de consumo de los fumadores y que haya empeorado la percepción del efecto del tabaco sobre la salud propia y ajena (7, 8, 9).

Por lo que respecta a los hábitos de vida que están relacionados con el consumo de tabaco, el 29,5% de la población de 16 años en adelante son fumadores (el 26,4% afirma que fuma a diario y el 3,1% es fumador ocasional), el 20,5% se declara exfumador y el 50% dice que nunca ha fumado (5).

Fumar dificulta más que la mujer quede embarazada. Una mujer que fuma embarazada tiene un riesgo mayor de abortar, de tener un embarazo ectópico, que su bebé nazca prematuramente y con un peso anormalmente bajo al nacer, y que el bebé nazca con labio leporino o paladar hendido (10). La mujer que fuma durante el embarazo o después de este, aumenta el riesgo de que su bebé muera por síndrome de muerte súbita del lactante (11, 12). Los hombres que fuman tienen un riesgo mayor de disfunción eréctil (10, 13).

Cuanto más tiempo fuma una persona, mayor será su probabilidad de que experimente daños por fumar, incluso de muerte más temprana (14). Pero, sin importar su edad, quienes fuman pueden reducir sustancialmente su riesgo de enfermedades, incluso de cáncer, al dejar de fumar.

2.3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La EPOC es una enfermedad de las vías respiratorias, lentamente progresiva y potencialmente mortal, que se caracteriza por una obstrucción del flujo aéreo que no es totalmente reversible. Está causada por la inflamación crónica de las vías respiratorias y la destrucción gradual de los alvéolos.

Se asocia a una reacción inflamatoria anómala de la vía aérea, derivada de la acción nociva que ejercen determinadas partículas o gases al permanecer dispersos en el aire durante varios meses. Sus efectos se pueden agravar por

las exacerbaciones que padezca el individuo y la presencia de comorbilidad (15, 16, 17, 18).

La principal causa de esta dolencia es el consumo de cigarrillos, responsable del 80-90% de todos los casos de EPOC. Un fumador tiene 10 veces más posibilidades de morir por esta enfermedad que un sujeto que no sea fumador, y los fumadores mueren una media de 10 años antes que los no fumadores (5, 19). La prevalencia, la morbilidad y la mortalidad de la EPOC varían entre países e incluso entre distintos grupos de un mismo país, pero se relaciona generalmente con el consumo del tabaco (5, 20). Todos los años mueren por la EPOC 2,9 millones de personas; era la quinta causa de muerte en 1990, es la cuarta desde el año 2000 y pasará a ser la tercera en el 2020 (5, 21). Se estima que cada año mueren en España cerca de 15.000 personas por EPOC. En nuestro país según los datos disponibles, supone la quinta causa de muerte entre los varones, con una tasa anual de 60 muertes por 100.000 habitantes, y la séptima para las mujeres, con una tasa anual de 17 muertes por 100.000 habitantes. En comparación, España se sitúa en un rango intermedio dentro de la Unión Europea, encabezada por algunos países de Europa del Este y anglosajones (5, 22).

A nivel autonómico, Aragón es la 7ª comunidad autónoma que mayor causa de mortalidad presenta por enfermedades del sistema respiratorio (103,8 habitantes por cada 100.000) (23).

Es preciso reiterar que la única medida que frena el mal pronóstico de la EPOC es el abandono del tabaco; de ahí la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz de la enfermedad (8, 24, 25).

2.4. Tabaco y Enfermedad Cardiovascular

Existen evidencias científicas para afirmar que hay una estrecha relación entre el consumo del tabaco y la enfermedad cardiovascular, incluyendo cardiopatía isquémica, el infarto de miocardio, el ictus, la enfermedad vascular periférica y el aneurisma aórtico, y que además existe una relación dosis/respuesta. A la inversa, el incremento del riesgo de eventos

cardiovasculares disminuye después del abandono del tabaco. Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular o ictus, que en conjunto producen casi el 60% de toda la mortalidad cardiovascular (26).

En el año 2006, el grupo de las enfermedades cardiovasculares se mantuvo como primera causa de muerte: 120.690 en total, lo que supone un 32,5% del total de defunciones. Según los datos disponibles, en la última década, la enfermedad isquémica del corazón es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares en España: 31% en total, 57% en varones y 43% en mujeres. En segundo lugar lo ocupa la enfermedad cerebrovascular, que representa el 27% del total de la mortalidad cardiovascular, siendo porcentaje mayor para las mujeres (58%) que para los varones (42%) (5).

2.5. Efectos Nocivos del humo del tabaco sobre el Aparato Respiratorio

Los síntomas respiratorios generales son mucho más frecuentes en los fumadores de cigarrillos. Existe una relación dosis/respuesta en la aparición de la tos crónica, aumento de la expectoración y dificultad respiratoria. El humo del tabaco induce cambios en el epitelio de la mucosa bronquial, incluyendo pérdida de los cilios, hipertrofia de las glándulas mucosas y aumento de las células caliciformes, lo que favorece el desarrollo y la presencia de la patología respiratoria (8, 27).

El monóxido de carbono (CO) del humo del tabaco es el principal responsable de estos procesos. Esta sustancia se une a la hemoglobina y forma el compuesto carboxihemoglobina (HbCO) que disminuye el aporte tisular de oxígeno en el organismo. Una persona no fumadora no debe exceder de 1,7% de HbCO en sangre (5).

La HbCO altera las células endoteliales de la capa íntima de la pared vascular produciendo necrosis de las mismas. Dicha necrosis lleva a que aparezcan calcificaciones y depósito de colesterol. En consecuencia se

producen placas de ateroma. Los sujetos fumadores tienen en sus arterias un número de placas de ateroma considerablemente mayor que el que tienen los sujetos no fumadores. Es por ello, que en aquellos las enfermedades cardiovasculares que comentábamos antes, aparecen con mayor frecuencia (2).

La corriente principal del cigarrillo, es decir, el humo que inhala directamente el fumador hacia el tracto respiratorio, provoca efectos mortíferos en el sistema circulatorio, provocando la enfermedad cardiovascular. La contaminación ambiental por humo de tabaco, el tabaquismo pasivo, también provoca enfermedad cardiovascular (8, 28, 29).

El humo del tabaco afecta tanto a la estructura como a la función de la vía aérea central y periférica, además de influir negativamente al equilibrio entre la demanda y la oferta de oxígeno por el miocardio, así como alterar también el sistema autoinmune del pulmón. Se ha demostrado que la exposición continuada al humo del cigarrillo estimula la médula ósea, con el resultado de una acelerada liberación de células maduras e inmaduras a la circulación sanguínea, lo que contribuye a que aparezca leucocitosis en los fumadores (5).

2.5.1. ¿Qué sustancias químicas dañinas contiene el humo del tabaco?

El humo del tabaco contiene muchas sustancias químicas que son dañinas tanto para los fumadores como para quienes no fuman. Respirar solo un poco de humo de tabaco puede ser perjudicial (10,11, 12, 30).

Se han detectado más de 7000 sustancias químicas presentes en el humo del tabaco, y sólo se conocen efectos de una pequeña parte de ellas. Al menos 250 se sabe que son dañinas, incluso el cianuro de hidrógeno, el monóxido de carbono y el amoníaco (10, 11, 31).

De las 250 sustancias conocidas como dañinas en el humo de tabaco, al menos 69 pueden causar cáncer. Estas sustancias químicas cancerígenas son las siguientes (10, 11, 31):

Acetaldehído, Aminas aromáticas, Arsénico, Benceno, Berilio (un metal tóxico), 1,3-butadieno (un gas peligroso), Cadmio (un metal tóxico), Cloruro vinílico. Cromo (un elemento metálico), Cumeno, Formaldehído, Hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), Níquel (un elemento metálico), Nitrosamina específica del tabaco, Óxido de etileno, Polonio-210 (un elemento químico radiactivo).

Las más estudiadas son la nicotina, el monóxido de carbono (mencionado anteriormente) y el alquitrán; los dos primeros son, probablemente, los que producen un mayor efecto cardiovascular; la nicotina actúa a nivel presináptico, originando la liberación de catecolaminas, lo que incrementa la tensión arterial y la frecuencia cardiaca, además de otros efectos sobre las plaquetas y el endotelio vascular que favorecen el origen del proceso arteriosclerótico.

El alquitrán y las nitrosaminas son las sustancias responsables de que la patología tumoral aparezca con mayor frecuencia entre los fumadores. Estas sustancias alteran los genes celulares, bien inhibiendo a los genes supresores tumorales o bien acelerando la división celular atípica. Incluso pueden manifestarse como sustancias que al unirse con otras las dotan de la capacidad suficiente para convertirlas en sustancias carcinogénicas.

Las sustancias oxidantes entre las que destacan los radicales tóxicos del oxígeno son las principales causantes de los procesos de afectación bronquial. Todas las enfermedades respiratorias sufren empeoramiento de su pronóstico como consecuencia del consumo de tabaco, pero algunas de ellas, están directamente causadas por el tabaco (entre ellas la EPOC) (2).

2.5.2. ¿Cuáles son los riesgos del humo del tabaco para quienes no fuman?

El humo del tabaco en el ambiente (conocido también como tabaquismo de segunda mano, tabaquismo involuntario o pasivo) es la combinación del humo de la corriente "lateral o secundaria" (el humo que resulta de la combustión de un producto de tabaco) y el humo de la corriente "principal" (el humo que exhala el fumador) (30, 31, 32, 33).

La Agencia de Protección Ambiental de EE. UU., el Programa Nacional de Toxicología de EE. UU., el Director General de Sanidad de EE. UU. y la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer han clasificado al humo del tabaco en el ambiente como cancerígeno humano conocido (sustancia que causa cáncer) (31, 33, 34). La inhalación de humo de tabaco en el ambiente causa cáncer de pulmón en adultos que no fuman (10, 11, 30). En Estados Unidos, aproximadamente 7300 muertes por cáncer de pulmón ocurren cada año entre adultos que no fuman causadas por la exposición al humo del tabaco en el ambiente (10). El Director General de Sanidad estima que vivir con un fumador aumenta la posibilidad de cáncer de pulmón en quienes no fuman en un 20 a 30 % (30).

El humo del tabaco en el ambiente causa enfermedades y muerte prematura en adultos que no fuman y en niños (11, 30). La exposición al humo del tabaco de segunda mano irrita las vías respiratorias y tiene efectos dañinos inmediatos en el corazón de la persona y en los vasos sanguíneos. Aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas de un 25 a 30 % (30). Se calcula que dicha exposición causa cerca de 34.000 muertes por enfermedades cardíacas en Estados Unidos cada año (10). La exposición al humo de tabaco de segunda mano aumenta también el riesgo de ataque cerebral de un 20 a 30 % (10).

Los niños expuestos al humo del tabaco en el ambiente tienen un riesgo mayor de presentar síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones de oídos, resfriados, neumonía y bronquitis. La exposición al humo del tabaco en el ambiente puede también aumentar la frecuencia y gravedad de los síntomas de asma en niños que tienen asma. La exposición al humo del tabaco de segunda mano hace más lento el crecimiento de los pulmones de los niños y puede causarles tos, sibilancias y que sientan que les falta aire (11, 30).

2.6. ¿Causa adicción fumar?

Fumar es altamente adictivo. La nicotina es la droga responsable en primer lugar de la adicción de una persona a los productos del tabaco, incluso a los cigarrillos. La adicción a los cigarrillos y a otros productos del tabaco causados

por la nicotina es semejante a la adicción producida por el uso de drogas como la heroína y la cocaína (35). La nicotina está presente naturalmente en la planta del tabaco. Pero las compañías tabacaleras diseñan intencionalmente los cigarrillos para que tengan suficiente nicotina para crear y mantener la adicción.

2.7. ¿Son dañinos y adictivos otros productos del tabaco, como el tabaco sin humo o el tabaco de pipa?

Sí. Todas las formas de tabaco son dañinas y adictivas (30, 33). No existe producto de tabaco que no sea perjudicial.

Además de los cigarrillos, otras formas de tabaco son el tabaco sin humo, los puros, pipas, narguiles (pipas de agua), bidis y kreteks.

Tabaco sin humo: El tabaco sin humo es un tipo de tabaco que no se quema. Incluye tabaco para mascar, tabaco para la boca, tabaco para escupir, para untar, disolver y rapé. El tabaco sin humo causa cánceres orales (boca, lengua, mejilla y encías), de esófago y páncreas y puede causar también enfermedad de las encías y del corazón (33, 36).

Puros: Estos incluyen puros, cigarros puros con filtro y cigarrillos puros. Los cigarros puros con filtro parecen cigarrillos, pero tanto los cigarros puros con filtro como los cigarrillos pueden tener sabores adicionales para incrementar la atracción para jóvenes y adultos (37, 38). La mayoría de los puros están compuestos principalmente de un solo tipo de tabaco (curado al aire y fermentado), y tienen un envoltorio de hoja de tabaco. Los estudios han encontrado que el humo de los puros contiene niveles más altos de sustancias químicas tóxicas que el humo de cigarrillos, aunque al contrario del humo de cigarrillos, el humo de los puros con frecuencia no se inhala (33). Fumar puros causa cáncer de la cavidad oral, de laringe, esófago y pulmón. Puede causar también cáncer de páncreas. Además, quienes fuman puros a diario, en particular los que inhalan, tienen un riesgo mayor de padecer enfermedades cardíacas y otros tipos de enfermedades pulmonares.

Pipas: Al fumar pipa, el tabaco se pone en una concavidad que está conectada a un cañón con una boquilla en el otro extremo. El humo de ordinario no se inhala. Fumar pipa causa cáncer de pulmón y aumenta el riesgo de los cánceres de boca, de garganta, de laringe y de esófago (33, 39, 40).

Narguiles o pipas de agua (se llaman también arguiles, hookahs, burbujas de humo, shishas, boorys y gozas): El narguile es un dispositivo que se usa para fumar tabaco (con frecuencia con un sabor bastante fuerte) al pasar el humo por una cacerola parcialmente llena con agua antes de ser inhalado por el fumador. Aunque algunas personas creen que fumar con un narguile es menos dañino y adictivo que fumar cigarrillos (41), la investigación indica que el humo de pipa de agua es al menos tan tóxico como el humo de cigarrillos (42-44).

Bidis: El bidis es un cigarrillo de sabor que se prepara al envolver tabaco en una hoja seca del árbol de tendu, que crece en la India. El uso de bidis ha sido asociado con ataque cardíaco y con cánceres de boca, de garganta, de laringe, esófago y de pulmón (33,44).

Kreteks: Un kreteks es un cigarrillo que se prepara al mezclar tabaco con clavo de olor. Fumar kreteks está asociado con cáncer de pulmón y con otras enfermedades pulmonares (33, 45).

2.8. ¿Es dañino fumar solo unos pocos cigarrillos al día?

No existe un grado de fumar que no cause daño. Fumar tan solo un cigarrillo diario toda la vida puede causar cánceres relacionados con fumar (pulmón, vejiga y páncreas) y muerte prematura (46, 47).

2.9. Utilización de la patología como factor de motivación en fumadores enfermos

Es conocido que el diagnóstico de patología debida al consumo de tabaco es un factor predictor de cesación. Recientemente, Dawood et al (48),

observaron en un grupo de pacientes, hospitalizados tras padecer un infarto agudo de miocardio, su consumo de tabaco en el momento de sufrir el evento cardiaco y a los seis meses del alta. De ellos el 46% no fumaba a los seis meses del infarto, y las tasas de abstinencia fueron mejores para aquéllos a los que se les ofreció rehabilitación cardiaca, fueron tratados o se les ofreció un programa de cesación tabáquica. Por ello los autores concluyen que programas de cesación implementados en la hospitalización, así como el referir a los pacientes a programas de rehabilitación cardiaca, se asocia claramente con mayores tasas de abstinencia (5).

Morchón S. et al, entre 1993 y 1999 realizó un estudio de cohortes comparando 348 pacientes con enfermedad cardiovascular con 1107 fumadores sin enfermedad, donde se realizó un seguimiento protocolizado de doce meses, midiendo el monóxido de carbono para evaluar la recaída en cada control. La abstinencia global continua a los doce meses fue del 37,1% en los pacientes con enfermedad cardiovascular y del 39,6% en los pacientes sin enfermedad, y concluyó el estudio afirmando que el tratamiento exhaustivo y el seguimiento lograron un porcentaje de gran abstinencia en los pacientes cardiovasculares de dicho estudio que no pudieron dejar de fumar durante la hospitalización o después del diagnóstico. Por lo tanto, se sugiere que estos pacientes se pueden beneficiar de la inclusión en unidades para dejar de fumar (49).

En cambio, en 2013, en Corea del Sur, Choi YJ. et al (50), estudió un total de 275 pacientes que habían sido seguidos regularmente durante más de un año después de un infarto de miocardio. El 97,1% eran hombres con una edad media de 57 años. En un año el 80% de los pacientes intentó dejar de fumar, el 27% reinició el hábito de fumar dentro de un mes después del alta, mientras que un 65% tuvo éxito en el cese del tabaquismo. En un año, sólo el 52% de los pacientes había dejado de fumar. Solo un pequeño porcentaje de pacientes con infarto de miocardio cumple con las pautas de prevención secundaria y una proporción considerable no deja de fumar. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un sistema de educación del paciente efectivo.

Además, Corrêa AP. et al (51) en Brasil en el año 2013, mediante un estudio estadístico descriptivo en 100 pacientes hospitalizados, de los cuales

58% eran hombres y fumaban una media de 20 cigarrillos día aproximadamente, observó que el 36% tenían baja dependencia a la nicotina. El 91% de los pacientes quería dejar de fumar, el 57% estaba en fase de preparación. Dicho autor concluye que aunque la hospitalización es un buen momento para abandonar el hábito tabáquico, los profesionales de la salud no realizan intervenciones efectivas y sistemáticas en este sentido.

2.10. Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo. Consulta de Atención Especializada

La dependencia del tabaco es reconocida por la OMS como una enfermedad adictiva crónica, y por la *Clinical Practice Guideline* del *US Department of Health and Human Services* como una enfermedad crónica que frecuentemente requiere de múltiples intervenciones por parte de los servicios asistenciales sanitarios y de intentos repetidos por parte del paciente para conseguir periodos prolongados de abstinencia o el abandono definitivo del tabaco. El 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad y que se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina (52).

En 1988, un informe del *Surgeon General* (53) sobre la adicción a la nicotina llegó a las siguientes tres conclusiones: los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivas, la nicotina es la causante de esta adicción y el proceso que ocasiona la adhesión farmacológica y conductual al tabaco es similar al que determina la adicción a otras drogas como la cocaína o la heroína.

Desde un punto de vista colectivo, el tabaquismo es el principal problema de salud pública de los países desarrollados y constituye la principal causa de muerte prevenible, y el tabaquismo pasivo –la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco- es la tercera causa de muerte prevenible en estas sociedades.

Eliminar –o al menos disminuir de forma considerable- un problema de esta magnitud exige del esfuerzo de numerosos sectores sociales coordinados por las administraciones públicas. Una parte importante de este esfuerzo radica en

la prevención para evitar la incorporación de nuevos consumidores, y otra parte no menos importante radica en la posibilidad de estimular al abandono del consumo por parte de los fumadores y ofertarles ayuda cuando deseen dejar el tabaco.

El tabaquismo es una dependencia en la que intervienen elementos farmacológicos (la nicotina), sociales (aceptación social, presión para el consumo, publicidad, accesibilidad y disponibilidad, etc.) y psicológico-comportamentales (creencias, expectativas, situaciones asociales al consumo, cotidianidad, automatismo, oralidad, manualidad, etc.) lo que hace que se trate de una enfermedad fácil de diagnosticar pero compleja de abordar y que, en numerosas ocasiones, exige abordaje especializado.

En la actualidad del tratamiento clínico especializado del tabaquismo es el denominado “tratamiento multicomponente o multimodal del tabaquismo”, que considera fundamental la interacción de todos los factores anteriormente descritos, por lo que para dar respuesta a todos y cada uno de ellos utiliza distintas herramientas terapéuticas que actúan sinérgicamente sobre todos los elementos implicados en la conducta y dependencia de fumar. Estos programas son los que cuentan con mayor justificación teórica y permiten obtener los mejores resultados.

Entre 2009 y 2011, Said H. et al (54), en una estudio transversal de 279 pacientes, donde un 92,8% eran hombres y de los cuales 31% presentaba enfermedad cardiovascular y respiratoria, la ansiedad estaba presente en un 46,2% y un 50,5% presentaban dependencia muy alta a la nicotina. Concluye que la mayoría de pacientes podrían ser considerados fumadores empedernidos. Dicho autor sugiere combinaciones terapéuticas y tratamientos médicos para ayudar a los profesionales que intentan ayudarlos.

2.11. Beneficios inmediatos para la salud al dejar de fumar

Los beneficios inmediatos para la salud al dejar de fumar son importantes (55):

- El ritmo cardíaco y la presión arterial, los cuales son anormalmente altos cuando se fuma, comienzan a regresar a niveles normales.
- Después de unas cuantas horas, la concentración de monóxido de carbono en la sangre empieza a disminuir (el monóxido de carbono reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno).
- Después de algunas semanas, las personas que dejan de fumar presentan una mejor circulación, producen menos flema y no tosen ni tienen episodios de sibilancia con tanta frecuencia.
- Después de varios meses de dejar de fumar, se puede esperar una mejoría considerable en la función pulmonar.
- A los pocos años de haber dejado el hábito, se tendrán menos riesgos de cáncer, de enfermedades cardíacas y de otras enfermedades crónicas que si se continuara fumando.

2.12. Beneficios para la salud a largo plazo de dejar de fumar

Dejar de fumar reduce el riesgo de cáncer y de muchas otras enfermedades, como las enfermedades cardíacas y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), las cuales son causadas por fumar.

Datos de la U.S. National Health Interview Survey indican que las personas que dejan de fumar, sin importar su edad, tienen menos probabilidad de morir por enfermedad relacionada con fumar que quienes siguen fumando. Los fumadores que dejan de fumar antes de los 40 años de edad reducen su posibilidad de morir prematuramente por enfermedades relacionadas con el tabaco, casi en un 90 %, y quienes dejan su consumo a los 45-54 años de edad reducen su posibilidad de morir prematuramente en casi dos tercios (56).

Las personas que dejan de fumar, sin importar su edad, tienen una ganancia sustancial en expectativa de vida en comparación con quienes

continúan fumando. Los datos de la U.S. National Health Interview Survey muestran también que quienes dejan de fumar entre los 25 y 34 años de edad viven cerca de 10 años más; quienes dejan entre 35 y 44 viven cerca de 9 años más; quienes dejan entre 45 y 54 años viven cerca de 6 años más; y quienes dejan entre 55 y 64 viven cerca de 4 años más (56).

2.13. ¿Disminuye el riesgo de padecer y de morir por cáncer si se deja de fumar?

Sí. Dejar de fumar reduce el riesgo de padecer cáncer y de morir por cáncer y otras enfermedades causadas por el tabaco. Aunque nunca es demasiado tarde para beneficiarse por dejar de fumar, el beneficio es mayor para quienes lo hacen a una edad más joven (12).

El riesgo de muerte prematura y las posibilidades padecer y de morir por un cáncer relacionado con fumar depende de muchos factores, incluso del número de años que ha fumado una persona, del número de cigarrillos fumados al día y de la edad cuando se empezó a fumar.

2.14. ¿Importa que deje de fumar alguien que ha sido diagnosticado de cáncer?

Dejar de fumar mejora el pronóstico de los pacientes con cáncer. Para pacientes con algunos cánceres, dejar de fumar al momento del diagnóstico puede reducir el riesgo de morir de 30 a 40 % (10). Para quienes se someten a cirugía, a quimioterapia o a otros tratamientos, dejar de fumar ayuda a mejorar la capacidad del cuerpo para sanar y para responder a la terapia (10, 12, 57). Baja también el riesgo de padecer neumonía y de insuficiencia respiratoria (10, 12, 58). Además, dejar de fumar puede disminuir el riesgo de que regrese el cáncer, de que se presente un segundo cáncer o de que la persona muera por el cáncer o por otras causas (57, 59-62).

2.15. Diagnóstico del tabaquismo

Para realizar el diagnóstico completo del tabaquismo se deben seguir los pasos del llamado “método clínico”, recogiendo toda la información posible a través de la anamnesis del paciente, los signos que muestra su exploración física y la información obtenida de las exploraciones complementarias. En el caso del tabaquismo, las dos primeras constituyen los pilares esenciales del diagnóstico, y las denominadas “exploraciones complementarias” son sencillas, pero complejas y por lo general fáciles de realizar y baratas desde el punto de vista económico.

Entre los datos mínimos exigibles que deben aparecer en la historia clínica del fumador figura, entre otros, la cantidad de cigarrillos día que fuma, y no puede ser de otra forma porque su conocimiento es fundamental para la actuación terapéutica.

Cuantificar el consumo de cigarrillos y durante cuánto tiempo permite realizar una estimación del riesgo tabáquico del fumador mediante el índice paquetes/año, el cual se calcula de la siguiente manera (63):

$$\text{Índice paquetes al año} = \frac{\text{nº cigarrillos} \times \text{tiempo en años que ha consumido esa cantidad}}{20}$$

Los apartados principales sobre los que debe basarse el diagnóstico especializado del tabaquismo, deben incluir aspectos que, aunque no sean imprescindibles, son altamente recomendables para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento, así como para controlar la evolución clínica. Estos apartados son:

- Fase de abandono del tabaco en la que se encuentra el fumador (Anexo 1).
- Patrón del consumo de tabaco. Historia personal del consumo de tabaco. Historia clínica (Anexo 2).
- Estudio de la motivación para dejar de fumar. Test de Richmond (Anexo 3).

- Diagnóstico de la dependencia de la nicotina. Test de Fagerström (Anexo 4).
- Valoración de la dependencia conductual (Anexo 5).
- Valoración del entorno social y escala HADS (Anexo 6).
- Diagnóstico del síndrome de abstinencia (Anexo 7).

Las posibilidades de éxito de un intento de abandono del consumo de tabaco se multiplican si se realiza bajo tratamiento y supervisión de personal experimentado en la deshabituación tabáquica. Además, existe un arsenal farmacológico de demostrada eficacia para ayudar al fumador en su proceso de abandono.

Es indudable que el diagnóstico de una patología, sobre todo cuando ésta es atribuible al consumo del tabaco, desempeña un papel decisivo en la motivación del fumador para dejar de fumar, siendo un momento en el que todo profesional sanitario debe insistir en el abandono ofreciendo ayuda. Aun así, no todas las enfermedades motivan de igual manera al fumador, debiéndose aprovechar la situación de vulnerabilidad y predisposición del paciente al abandono, sobre todo si éste se encuentra hospitalizado (64).

En la nueva actualización de la *Clinical Practice Guideline* (65), se considera que los pacientes fumadores con comorbilidades asociadas (cáncer, enfermedad cardíaca, EPOC, diabetes y asma) son una diana importante para el uso de programas para dejar de fumar. Los clínicos que tratan a estos pacientes deben enseñarles que su enfermedad se debe y se agudiza por el consumo del tabaco, consiguiendo mejorarla si se deja de fumar. En este orden de cosas, en un reciente metaanálisis (66), se reconoce que las intervenciones terapéuticas realizadas en pacientes fumadores hospitalizados tendrían un objetivo doble: mejorar el *confort* durante el ingreso y ayudarles en el proceso de cesación para conseguir la abstinencia a largo plazo. De todas maneras, aunque existe evidencia de que intervenir en pacientes hospitalizados con patología cardiovascular aumenta las tasas de abstinencia, no existe evidencia sólida en otras patologías de que el diagnóstico clínico afecte a la probabilidad de abandono de consumo de tabaco, por lo que hacen falta más trabajos que

investiguen en el tema. A todos los pacientes hospitalizados se les debe ofertar tratamiento para dejar de fumar, siendo necesario identificar aquellos que se pueden beneficiar más de dichos programas estableciendo subgrupos para un mejor tratamiento. Este aspecto aún está por desarrollar en España, ya que son pocos los servicios hospitalizados que desarrollan algún programa de intervención más allá de la recomendación genérica de abandono del tabaco.

A modo de resumen:

Un trabajo realizado en 2009 concluyó que el perfil del paciente atendido en consultas de AP y AE en España que quiere dejar de fumar, corresponde al de varón en la cuarta década de su vida, que había realizado más de dos intentos previos para dejar de fumar y que en la actualidad no se cree capaz de abandonar el tabaquismo sin ayuda externa (67).

Un estudio similar fue el realizado en pacientes de AP que expresaban deseo de dejar de fumar, donde un 55.9% eran hombres y donde el 81.1% de los mayores de 60 años, argumentaban la indicación médica como motivo para abandonar el tabaquismo. En cambio, el 60,7% de las mujeres buscaba prevenir enfermedades. Concluyó que la indicación médica promueve la voluntad de cesación tabáquica en los varones, mientras que las mujeres pretenden representar un papel ejemplar para los hijos, prevenir enfermedades y mejorar su estética. A mayor edad, mayor porcentaje de pacientes que deciden dejar de fumar por indicación médica (68).

Otro estudio descriptivo de 385 fumadores que acudieron a la consulta de deshabituación tabáquica (62% varones y 38% mujeres), estudiando los variables sexo, edad, grado de dependencia, número cigarrillos día, número de años fumando y determinación del monóxido de carbono en aire espirado. Donde la edad media fue de 43,05 años, la dependencia media 6,05, media de cigarrillos día 25.9, media de años fumando 25,3. y 39,3% de media de CO. El 27,5% de la muestra presentaba bronquitis crónica y el 15% factores de riesgo cardiovascular. Por lo que concluyó el estudio demostrando que los fumadores que acuden a la consulta de deshabituación tabáquica son adultos jóvenes con alto grado de dependencia y con una escasa prevalencia de síntomas (69).

Así mismo, se evidenció a través de otro trabajo descriptivo transversal, donde el 31.9% eran fumadores y el 19,8% exfumadores, que el 78,4% de los fumadores que acudieron a consulta de Atención Primaria, consumía entre 1 y 20 cigarrillos día; el 77,31% tenían una dependencia leve a la nicotina y un 43% de los fumadores y el 50% de los exfumadores, presentó alguna de las patologías estudiadas. Una tasa elevada de fumadores presentó factores de riesgo cardiovascular añadidos, por lo que concluye que son necesarios

programas de deshabituación tabáquica, especialmente en pacientes fumadores y se hace necesario desarrollar estrategias para prevención de recaídas en AP (70).

También entre 2011 y 2012 se realizó un estudio de cohortes observacional, longitudinal y prospectivo en 678 fumadores con un consumo acumulado mayor de 10 paquetes/año, los cuales presentaron niveles de ansiedad altos, dichos niveles evolucionaron favorablemente en el programa de aquellos que completaron el seguimiento, así como la mejora progresiva del síndrome de abstinencia (71).

Siddiqui et al (72) realizó un análisis estadístico a 230 trabajadores de un hospital, donde un 29% eran hombres fumadores, cifra más alta que las mujeres. La mayoría fumaba entre 11-20 cigarrillos diarios. El 70% de los fumadores pensó en dejar de fumar y el 58% intentó dejar de fumar, pero la mayoría falló debido a razones sociales o influencias de amigos (44%). La prevalencia del tabaquismo es alta entre los trabajadores del hospital. Saben que fumar es dañino para ellos y para otros, pero no lograron dejar de fumar. La educación sanitaria junto con la ayuda de médicos generales puede ayudar a aumentar la tasa de abandono entre fumadores y evitar que los fumadores nuevos comiencen a fumar.

3. HIPÓTESIS

El perfil del paciente que acude a la Consulta de Deshabituación Tabáquica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza es una mujer con alguna enfermedad asociada, en ocasiones con más de una y, sobre todo, con patología respiratoria.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Conocer el perfil de los pacientes mayores de 55 años que acuden a la Consulta de Deshabituación Tabáquica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre los años 2015 y 2018, clasificándose por diferentes rangos de edad y sexo, y poder conocer las patologías asociadas,

número de cigarrillos al día, Índice Paquetes Año (IPA), cooximetría inicial en la primera visita y Test de Fagerström (FIND).

4.2. Objetivos Específicos

1. Dar relevancia al tema del tabaquismo y las enfermedades asociadas a él, dando a conocer todos los factores de riesgo que se atribuyen al consumo de tabaco.
2. Conocer y analizar las diferentes patologías asociadas no respiratorias que presentan los pacientes que acuden a la consulta de deshabituación tabáquica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
3. Conocer y analizar las enfermedades respiratorias más relevantes que presentan los pacientes de la consulta solicitando ayuda para dejar de fumar en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
4. Comprobar si los resultados del presente trabajo coinciden con los publicados por otros autores.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal descriptivo, para analizar la relación entre el tabaquismo y las patologías asociadas al mismo en una población que acude a la Consulta de Deshabituación Tabáquica. Además de estudiar el consumo actual de tabaco en el momento de acudir a la consulta (número de cigarrillos día, consumo acumulado en un año o IPA, cooximetría inicial y Test de Fagerström).

Para la realización de la contextualización del tema, se llevó a cabo una amplia revisión de la bibliografía existente en diversas bases de datos con acceso desde la plataforma de la Universidad de Zaragoza como: Pubmed, Sciece Direct y Dialnet, así como páginas y plataformas web oficiales como la

Organización Mundial de la Salud (OMS), Google Académico y lectura de libros y revistas científicas en internet dedicadas al tabaquismo y enfermedades asociadas. La búsqueda se realizó entre Mayo y Julio 2018.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda en las bases de datos utilizadas fueron: “profile, patient, tobacco, deshabituación, stop smoking”, “tobacco and epoc”, “tobacco and cardiovascular disease” “perfil del paciente que deja de fumar”, “perfil del paciente que acude a la consulta de deshabituación tabáquica”, “tabaco y EPOC”, “tabaco y enfermedad cardiovascular”. Para la elección de estos términos se utilizó el thesaurus de cada una de las bases de datos consultadas o, en su defecto, los listados de vocabulario controlado. En el caso de Pubmed, además se utilizaron los descriptores en inglés que aparecían en los listados de vocabulario controlado.

5.2 Contexto geográfico y temporal del estudio

El estudio se desarrolló en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), durante el mes de Agosto de 2018.

5.3 Población del estudio: criterios de inclusión y exclusión

El trabajo se centró en una muestra de 100 pacientes elegidos al azar, tanto hombres como mujeres, que fueran mayores de 55 años y que habían acudido a la consulta de Deshabituación Tabáquica en un periodo comprendido entre Abril de 2015 y Marzo de 2018. El motivo de elección de esta población fue poder conocer las patologías más frecuentes en los pacientes mayores de 55 años que expresan deseo para el abandono del tabaco. Además se estudió el consumo actual de tabaco en el momento de acudir a la consulta (número de cigarrillos día, consumo acumulado en un año o IPA, cooximetría inicial y Test de Fagerström) en una muestra de 85 pacientes del total del estudio general, ya que de los 15 pacientes restantes no se encontraron datos.

Se incluyeron los estudios con resúmenes disponibles y a texto completo, gratuitos y publicados en inglés o español.

Se seleccionaron las publicaciones que estudiaban la efectividad del programa de deshabituación tabáquica, perfil y características del paciente que quiere dejar de fumar, motivos para dejar de fumar en función del sexo y niveles de ansiedad y depresión en los fumadores que acuden a la Consulta de Deshabituación Tabáquica.

Se excluyeron de la selección inicial los estudios que hacían referencia a la eficacia y seguridad del cigarrillo electrónico, al éxito del tratamiento con vareniclina, esquizofrenia en el tabaquismo, fumar y el embarazo, ambientes libres de humo y costes en salud, asesoramiento preventivo a domicilio, efectos agudos de la nicotina, y todos aquellos que se desviaban del tema principal, concretando mucho en una clínica o tratamiento específico.

5.4 Consentimientos para la realización del estudio

Para la consecución de este trabajo de fin de máster, se obtuvo el permiso de la Dirección del Hospital CULB (Anexo 8).

5.5. Acceso y recogida de la información

El proceso de obtención de datos, se llevó a cabo durante catorce días no consecutivos. En el caso de las variables principales, se tuvo la necesidad de acceder a los datos recogidos en las historias clínicas (sexo, edad y patologías asociadas).

En el caso de las variables secundarias, se consultó una entrevista inicial que rellenaron los pacientes el primer día que acudieron a la consulta, donde respondieron al consumo actual de tabaco en dicho momento (número de cigarrillos día y número de años fumando, pudiendo calcular el consumo acumulado o IPA), donde aparecía la cooximetría inicial y la puntuación total al responder a los 6 ítems del Test de Fagerström o Test de Dependencia Nicotínica (Anexo 4)

Posteriormente se transcribieron todas las variables a una hoja de cálculo del programa *Microsoft Office Excel*, sin que en ningún caso, fueran incluidos datos personales que permitieran conocer con posterioridad la identidad de los sujetos estudiados.

5.6. Variables del estudio

5.6.1 Variables principales

- **Sexo:** para categorizar esta variable, se establecieron dos opciones de respuesta: 0 para las mujeres y 1 para los hombres.
- **Edad:** variable que refleja la edad en años que tenía el paciente en el momento de la recogida de datos. Para su análisis estadístico, dicha variable se categorizó en 4 grupos de edad: 55-60 años, 61-65 años, 66-70 años y ≥ 71 años.
- **Patologías estudiadas:** variables que dividieron a la muestra en dos grupos; 0 si NO presentaban la patología y 1 si la patología SI estaba presente. Dichas patologías fueron:
 - Diabetes Mellitus tipo II
 - Hipertensión
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Cardiopatía Isquémica (Infarto Agudo de Miocardio, Fibrilación Auricular, etc.)
 - EPOC (incluyendo Enfisema, Bronquitis Aguda y Crónica)
 - Insuficiencia Respiratoria
 - Asma
 - Síndrome Apnea del Sueño (SAHS)
 - Accidente Isquémico Transitorio (AIT)
 - Aneurisma Cerebral
 - Obesidad
 - Dislipemia

- Alcohol
- Esteatosis
- Trombosis Venosa Profunda (TVP)
- Tromboembolismo Pulmonar (TEP)
- Insuficiencia Venosa Crónica
- Enfermedad Tiroidea (Hipo/hipertiroidismo)
- Cáncer de Pulmón
- Cáncer de Colon
- Cáncer de Mama
- Patologías Reumáticas
- Esquizofrenia
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)
- Sin patologías

5.6.2 Variables Secundarias

- **Consumo actual de tabaco:** dicha variable clasificó a los pacientes en cuatro niveles distintos (leve, moderado, severo o muy severo) según los valores obtenidos:
 - **Número de cigarros día:** dividió en cuatro grupos distintos a los sujetos de la muestra, según el número de cigarrillos que se fumaban al día, siendo de 0-10 cig/día *LEVE*, de 11-16 cig/día *MODERADO*, de 17-20 cig/día *SEVERO* y >20 cig/día *MUY SEVERO*.
 - **Consumo Acumulado (IPA):** Se codificó de la siguiente manera según el valor obtenido para su análisis posterior: 0-5 *LEVE*, 6-15 *MODERADO*, 16-25 *SEVERO* Y > 25 *MUY SEVERO*.
- **Cooximetría inicial:** El estudio de la cooximetría consiste en determinar el nivel de monóxido de carbono (CO), en el aire espirado por el

paciente. Dicha variable categorizó a la muestra según el valor obtenido el primer día que acudieron a la consulta, dividiendo también a la muestra en cuatro grupos distintos: 0-15 *LEVE*, 16-20 *MODERADO*, 21-30 *SEVERO* y >30 *MUY SEVERO*.

- **Test Fagerström:** FIND o Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina, consta de seis preguntas con una serie de respuestas asociadas a una valoración numérica. Esta variable generó tres grupos según el puntaje obtenido, el puntaje más alto posible es de 10, y se clasificó en *LEVE* de 0-3 (poca dependencia a la nicotina), *MODERADO* de 4-6 (dependencia media) y *SEVERO* de 7-10 (altamente dependiente a la nicotina).

5.7 Análisis de datos

Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el programa informático IBM SPSS Statistics versión 21 con la licencia de la Universidad de Zaragoza mediante el cual se obtuvo: un análisis descriptivo (frecuencias relativas y absolutas, media y desviación estándar, mediana y rango) con sus respectivos diagramas de barras. Y un análisis bivariado, donde se utilizó el test de Chi-Cuadrado para ver la asociación entre variables cualitativas y la T-Student para las muestras independientes.

5.8. Cronograma

	TIEMPO DE DURACIÓN																			
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA																				
OBJETIVOS Y METODOLOGIA																				
REVISION HISTORIAS CLÍNICAS																				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS																				
ELABORACIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES																				

5.9 Responsabilidades éticas

Para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos. Se ha cumplido con la estricta confidencialidad de la información de los participantes, respetando en todo momento el derecho a la privacidad de los mismos.

Para el estudio se ha tenido en cuenta que la protección de datos de los pacientes es un aspecto esencial. Los datos personales constituyen un derecho fundamental de la persona cuya protección viene recogida en el artículo 18.4 de la Constitución Española, al afirmar que “la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”. Su regularización la encontramos en el Reglamento Europeo 2016/679 de Protección de Datos, en vigor desde el 25 de mayo de este año, donde la confidencialidad de los datos personales en el ámbito sanitario al igual que en otras ramas se ve reforzada.

Recientemente, se ha publicado en nuestro país el Real Decreto-Ley 5/2018 de medidas urgentes para la adaptación del derecho español a la normativa europea hasta la actualización de la ley orgánica de protección de datos.

6. RESULTADOS

Se comenzó con un análisis descriptivo el cual permitió conocer las características y perfil de los pacientes seleccionados. De esta manera damos respuesta al objetivo principal del estudio.

De los 100 pacientes incluidos en el estudio general, son las mujeres las que representan la muestra en un 51% de los casos, frente al 49% que son hombres. En el estudio del consumo actual de tabaco, un 52,94% de la muestra eran hombres y un 47,06% eran mujeres.

La edad mínima fue de 55 años y la edad máxima de 81 años.

Del total de la muestra se analizaron las distintas patologías, diferenciando por sexo (hombre o mujer) y grupos de edad (55-60años, 61-65años, 66-70años o ≥ 71 años):

La **dislipemia** presenta porcentajes mayores al 30% en todos los grupos de edad, tanto en hombres como mujeres, presentándose en un 62,5% entre las mujeres de 55-60años y hasta un 83,3% en los hombres mayores de 71 años (Gráfico 1).

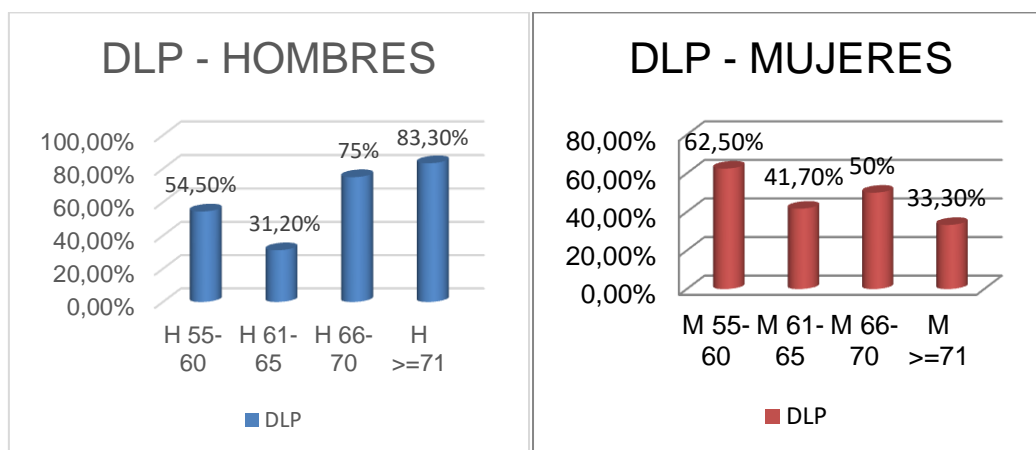


Gráfico 1.

Ocurre también con la **HTA**, siendo más del 31% de los hombres de la muestra presentan dicha patología, alcanzando un 66,7% en los hombres mayores de 71 años. En cuanto a las mujeres, cabe destacar que un 50% de las mujeres entre 66-70 años que acuden a la consulta son hipertensas, así como un 37,5% de las mujeres entre 61-65 años (Gráfico 2).

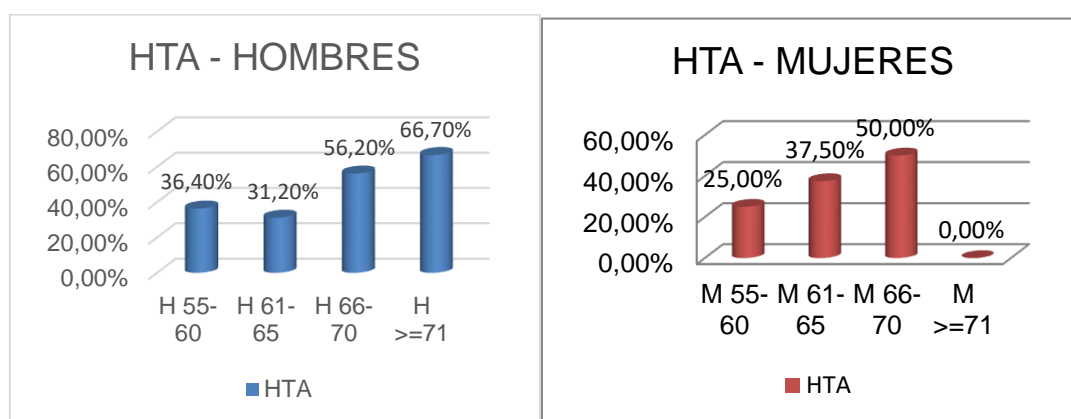


Gráfico 2.

Un 50% de los hombres mayores de 71 años padecen **DM Tipo II**, seguido de los hombres de entre 66-70 años (37,5%). En las mujeres no es una patología a destacar, representando menos de un 20%.

En cuanto a **ansiedad y depresión**, es más representativa en las mujeres, hasta un 100% de las mujeres de más de 71 años tienen depresión, de las cuales un 33,3% también tienen ansiedad. Entre las mujeres de 55-60 años el porcentaje entre ansiedad y depresión es el mismo (43,8%), siendo ambas patologías asociadas una a la otra. Respecto a los hombres, sólo hacer relevancia a que un 45,5% de los hombres entre 55-60 años sufren ansiedad, siendo el porcentaje más alto a destacar entre hombres; además un 37% de los hombres entre 61-65 años son también depresivos (Gráfico 3 y 4).

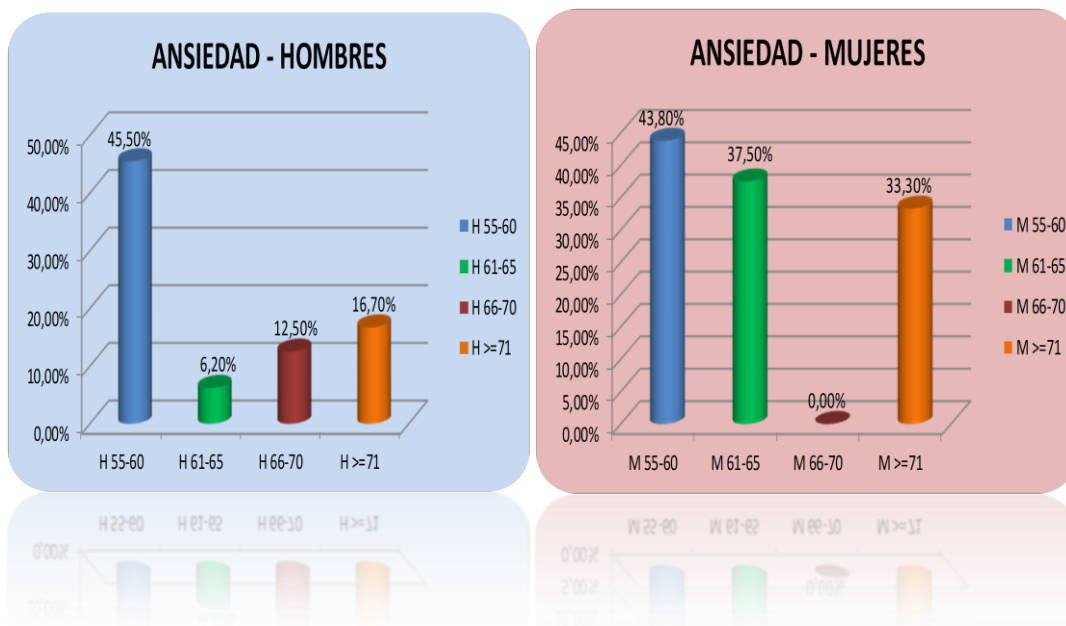


Gráfico 3.

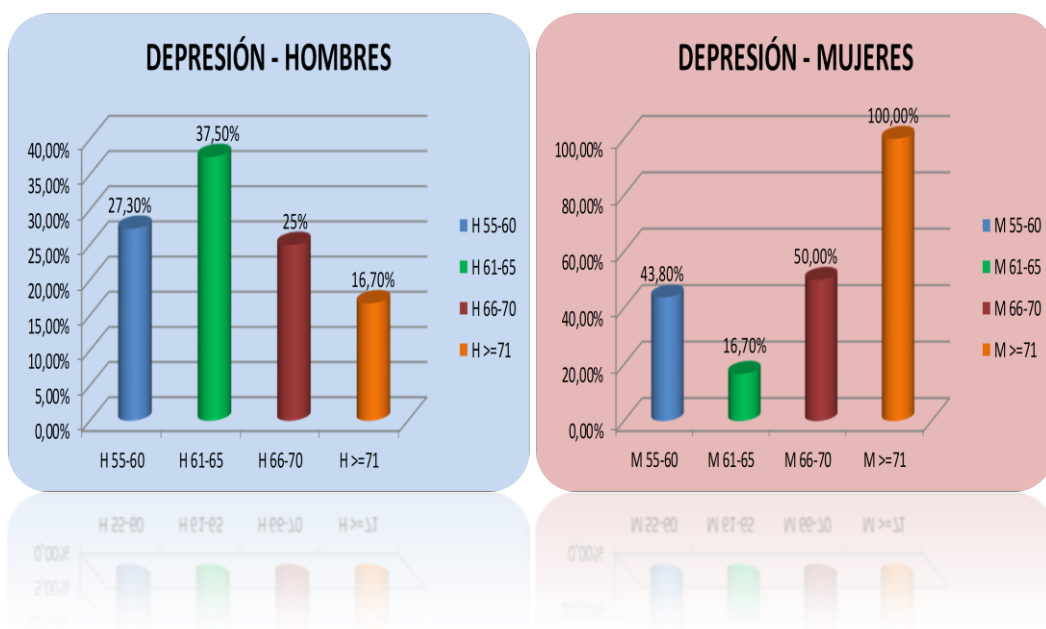


Gráfico 4.

Se ha observado que la **insuficiencia respiratoria**, es más común entre las mujeres mayores de 65 años, de las que más de la tercera parte del grupo entre 66-70 años presentan esta patología, incrementándose hasta las dos terceras partes en las mujeres mayores de 71 años.

Más de un 55% de los hombres mayores de 65 años y dos tercios de los hombres mayores de 71 años padecen **EPOC**, por lo que a más años fumando, más probabilidad de padecer dicha enfermedad, conforme avanzamos en edad y se es hombre. En mujeres, hay que destacar que un 62,5% de las mujeres entre 66-70 años, así como un 43,8% de las mujeres entre 55-60 años, también padecen EPOC, por lo que el comienzo de la patología en mujeres, es más notable en edades más tempranas (Gráfico 5).

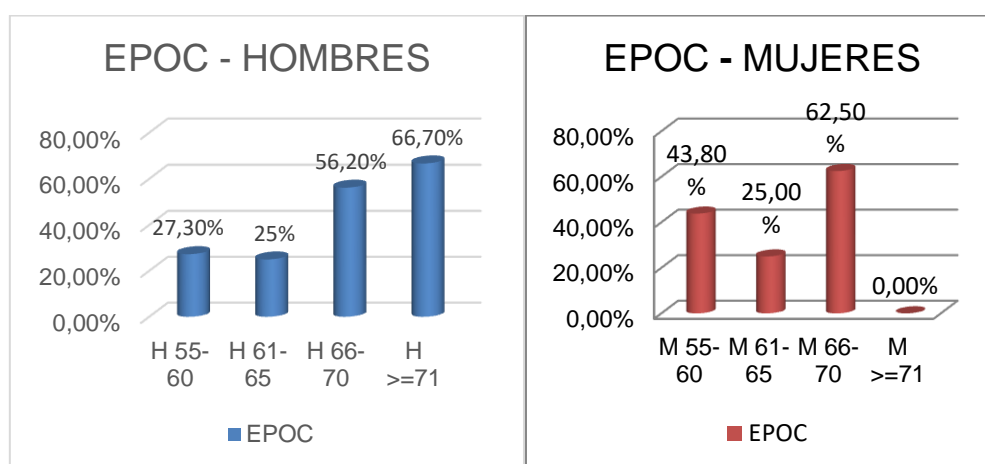


Gráfico 5.

Se ha detectado que un tercio de las mujeres mayores de 71 años, y más de un 30% de los hombres entre 61-65 años (31,2%) han sufrido alguna **cardiopatía isquémica** (IAM, FA, etc.). Además una de cada tres mujeres mayores de 71 años también había sufrido un **AIT**.

Un 31,2% de los hombres entre 66-70 años padecían **obesidad**, siendo porcentajes inferiores al 20% (1/5) en resto de rangos de edad y sexo.

Se observó que 3 de cada 10 mujeres de entre 55-60 años padecen **Insuficiencia Venosa Crónica**, pasando a ser dos de cada tres mujeres de más de 71 años. Por el contrario, esta patología se presenta en menos de 1 de cada 5 de los hombres que acudieron a la consulta.

El estudio ha revelado una relación entre el **Cáncer de Pulmón** y los pacientes de la consulta ya que, al menos dos de cada tres mujeres mayores de 71 años lo padecen, siendo así también para uno de cada tres de los hombres en el mismo rango de edad. Por lo que es una patología que es más común conforme avanza la edad. Aunque se da en unos porcentajes inferiores, conviene destacar que también padecen esta enfermedad mujeres entre 55-60 años (6.3%), y una de cada cuatro de las mujeres entre 66-70. Estos porcentajes también se repiten pero esta vez para los hombres de entre 61-65 y 66-70 años respectivamente (Gráfico 6).

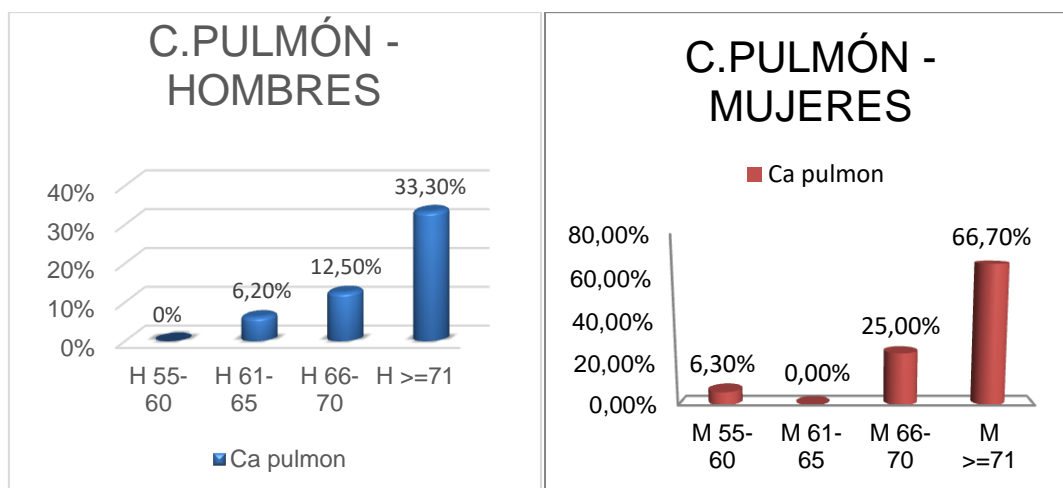


Gráfico 6.

Se ha observado también cierta relación con otro tipo de cánceres como son el de colon y el de mama, destacando que un 100% de las mujeres de 71 años que acudieron a la consulta tenían **Cáncer de Colon** y una de cada tres presentaron **Cáncer de Mama** (Gráfico 7 y 8).

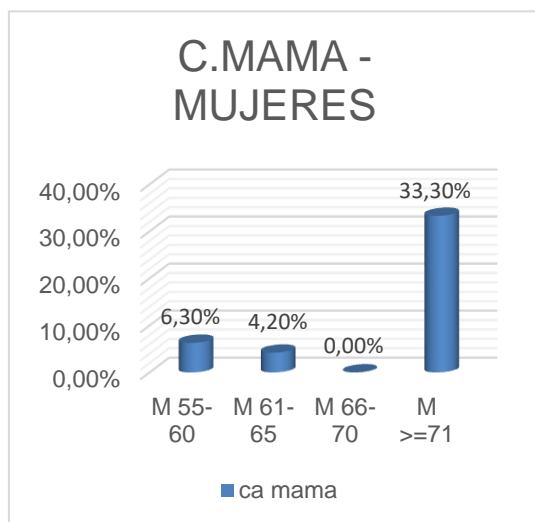


Gráfico 7.

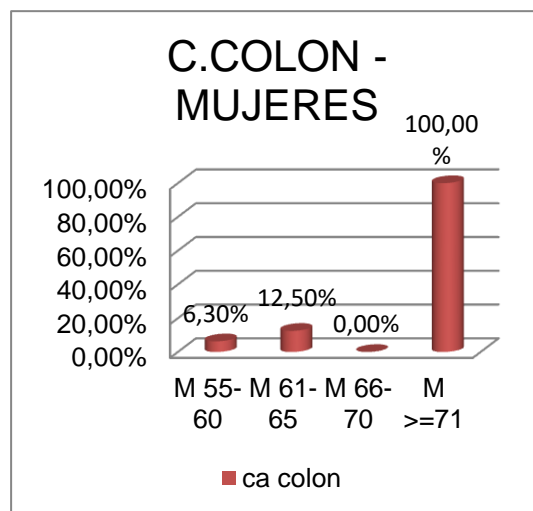


Gráfico 8.

El 43,8% de los hombres entre 66-70 años padecían algún tipo de **patología reumática**, en cambio, en las mujeres representaba al menos del 25% de los casos.

Al menos uno de cada cuatro pacientes que acudieron a la consulta presentó también otro tipo de patologías como **asma**, **SAHS**, **aneurisma cerebral**, **alcoholismo y esteatosis**, **TEP y TVP**, **enfermedad tiroidea** (hipo-hipertiroidismo). Menos de un 10% presentaba **esquizofrenia** y **TOC**. Por último, cabe destacar que solamente menos de un 10% del total de la muestra no padecía ninguna patología.

Según los resultados de dicho estudio, un 72% de los pacientes de la consulta de Deshabitación Tabáquica presentaron factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, diabetes, obesidad y consumo de alcohol), un 40% desarrollaron dicha enfermedad cardiovascular (Cardiopatía Isquémica, AIT, insuficiencia venosa crónica, aneurisma cerebral, TEP o TVP) y un 55% del total enfermedades respiratorias. La ansiedad y la depresión estaban presentes en un 47% de los casos (Gráfico 9).

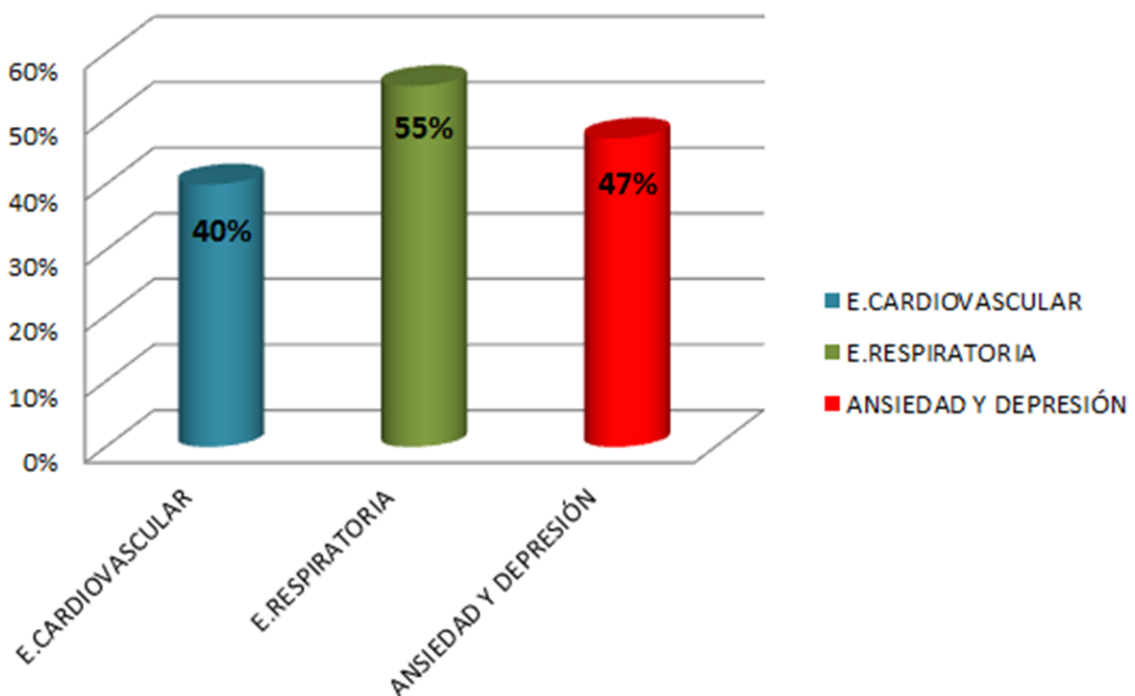
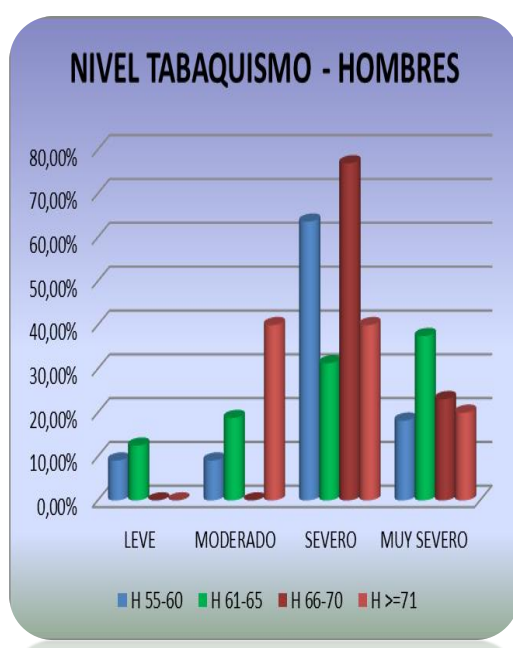


Gráfico 9.

Además al menos uno de cada cuatro presentaron enfermedad tiroidea, un 19% patología reumática y menos de un 10% presentó esquizofrenia o TOC. El Cáncer de colon estaba presente en un 5% del total de muestra y el Cáncer de mama en un 6,12% del total de las mujeres que acudieron a la consulta.

Por otra parte, en cuanto al estudio del consumo actual de tabaco, se observó que al menos que una tercera parte de los hombres que acudieron a la consulta presentaron un tabaquismo severo, destacando en este nivel los hombres entre 55-60 años (63,60%) y los hombres entre 66-70 años (76,90%).

En cuanto a las mujeres, presentaron un nivel severo, las mujeres de entre 55-60 años (30,8%), entre 66-70 años (33,3%) y la mitad de las mayores de 71 años. Sólo cabría destacar que por encima del 30% de la población para un nivel moderado de tabaquismo, aparecían las mujeres entre 55-60 años (30,8%) y los hombres mayores de 71 años (40%), y que el único grupo que presenta un nivel de tabaquismo leve es el de las mujeres entre 66-70 años (Gráfico 10 y 11).



Presentaron un nivel de tabaquismo muy severo las mujeres de los grupos de edad entre 55-60 (38,5%), 61-65 años (31,60%), y mayores de 71 años (50%), mientras que sólo en el grupo de hombres entre 61-65 años (37,5%).

Gráfico 10.

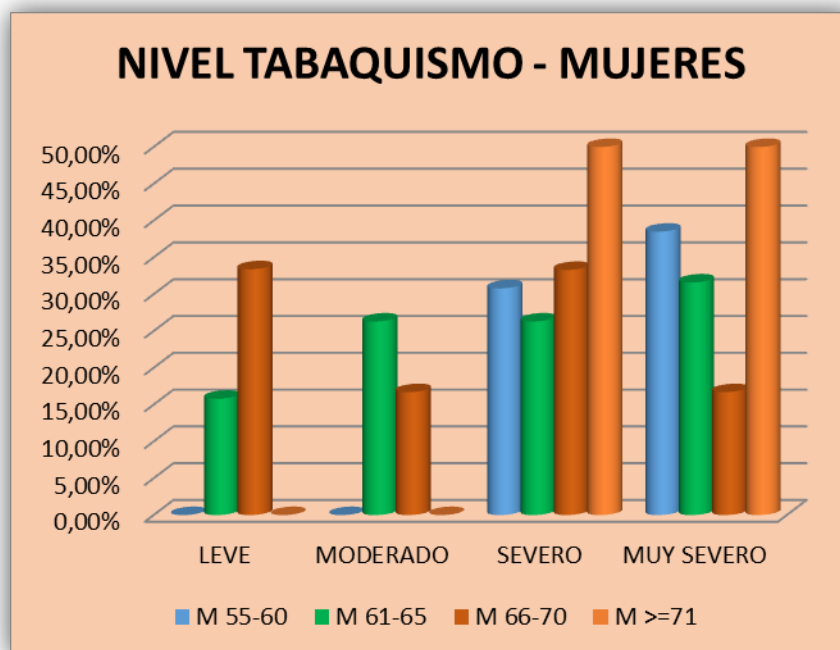


Gráfico 11.

El estudio revela que el único grupo que no presenta un IPA muy severo, es el de las mujeres de entre 66-70 años (0%), siendo este el nivel más destacable para el resto de los grupos de edad y sexo, ya que en todos ellos, al menos el 72% de los pacientes quedan integrados dentro de este nivel, destacando las mujeres mayores de 71 años (100%) y los hombres entre 66-70 años (Gráfico 12 y 13).

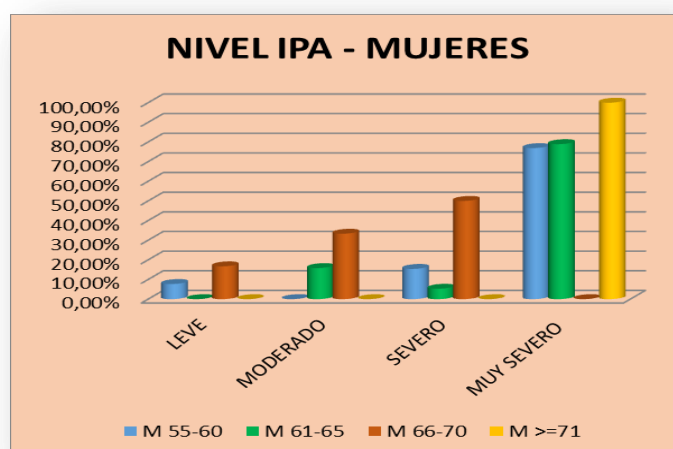


Gráfico 12.

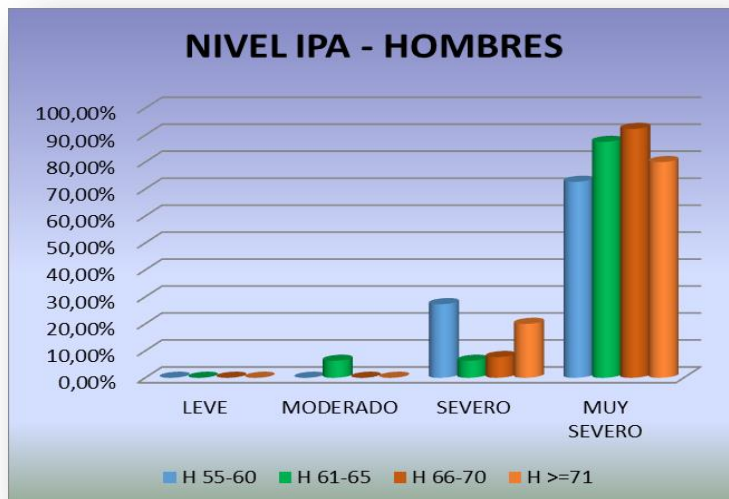


Gráfico 13.

El estudio de la cooximetría revela que presentan un nivel leve al menos 1 de cada 3 mujeres entre 66-70 años, la mitad de las mujeres mayores de 71 años y al menos el 40% de los hombres mayores de 71 años. Se aprecia que el nivel moderado es donde se encuentra la moda de la mayoría de los pacientes del estudio, ya que todos los grupos de edad y sexo salvo las mujeres mayores de 71 años, tienen más del 38% de los miembros de cada uno de ellos dentro de este nivel, destacando las mujeres de entre 61-65 años (63,20%) y los hombres de 61-65 años (68,8%). También cabría destacar dos grupos dentro del nivel severo que es el de las mujeres mayores de 71 años (50%) y el de las mujeres de entre 55-60 años (46,20%).

En último lugar, el análisis del FIND manifiesta que se encuentran en un nivel leve una de cada tres mujeres entre 66-70 años, la mitad de las mujeres mayores de 71 años y el 40% de los hombres mayores de 71 años. Al igual que en el estudio de la cooximetría se puede observar que el nivel moderado es en el que se encuentran la mayoría de los pacientes del estudio, quedando englobados en esta categoría el 38,5% de las mujeres entre 55-60 años, el 63,2% de las mujeres entre 61-65 años, la mitad de las mujeres entre 66-70 años, el 54,4% de los hombres entre 55-60 años, el 68,8% de los hombres

entre 61-65 años, el 53,8% de los hombres entre 66-70 años y el 40% de los hombres mayores de 71 años. Por último cabría destacar que el 50% de las mujeres mayores de 71 años presentan un nivel de IPA severo, y que se encuentran dentro de este nivel, el 46,20% de las mujeres entre 55-60 años.

Una vez obtenidos los resultados generales de cada una de las variables y del consumo actual de tabaco, fue analizada la existencia de posibles relaciones estadísticamente significativas entre las diversas variables cualitativas y cuantitativas. A continuación aparecen las que se consideran de mayor relevancia:

No existe asociación estadísticamente significativa ($> 0,05$) entre el sexo y padecer dislipemia (Tabla 1):

<i>RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y PADECER DISLIPEMIA</i>					
		SEXO			
		MUJER	HOMBRE	TOTAL	
DLP	NO	26	21	47	P=0,416
	SI	25	28	53	
TOTAL		51	49	100	

Tabla 1.

Al igual que ocurre con la dislipemia, no existe asociación estadísticamente significativa ($> 0,05$) entre el sexo y padecer EPOC (Tabla 2):

RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y PADECER EPOC					
SEXO	EPOC				P=0,971
	NO	SI	TOTAL		
	MUJER	30	21	51	
	HOMBRE	29	20	49	
TOTAL		59	41	100	

Tabla 2.

Tampoco existe diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y mujeres que acudieron a la consulta y el consumo acumulado de tabaco a lo largo de su vida (Tabla 3):

RELACIÓN ENTRE SEXO E IPA					
IPA	SEXO	N	MEDIA	DESV.TÍPICA	p= 0.089
	MUJER	40	3,58	0,844	
	HOMBRE	45	3,82	0,442	

Tabla 3.

7. DISCUSIÓN

Al contrario de lo hallado en el estudio de Bruguera E. et al (67) donde demostró en 2009 que el perfil del paciente atendido en consultas de AP y AE en España corresponde al de varón, en nuestro estudio general son las mujeres las que representan el perfil de paciente que acude a la consulta en un 51%. En cambio en el caso del estudio del consumo de tabaco, coincide con dicho autor, ya que son los hombres en un 52.94% el paciente atendido en la consulta de deshabituación tabáquica (frente a un 47,06% que son mujeres).

En un estudio similar realizado por Ramón JA. et al (68), también en pacientes de AP que expresaban deseo de dejar de fumar, un 55.9% eran hombres, siendo porcentaje superior a nuestro estudio general, donde los hombres representan un 49% del total de la muestra, y coincidiendo en el estudio del IPA, donde como hemos mencionado con anterioridad, los hombres suponen un 52,94%.

En el año 2003, Nerín I. et al (69), hizo un estudio descriptivo de 385 fumadores que acudieron a la consulta de deshabituación tabáquica (62% varones y 38% mujeres), estudiando los variables sexo, edad, grado de dependencia, número cigarrillos día, número de años fumando y determinación del monóxido de carbono en aire espirado. La edad media fue de 43,05 años, la dependencia media 6,05 puntos, la media de cigarrillos día fue de 25.9 cig/día, la media de años fumando fue 25,3 años y la media de CO=39,3; el 27,5% de la muestra presentaba bronquitis crónica y el 15% factores de riesgo cardiovascular. Por lo que concluyó el estudio demostrando que los fumadores que acuden a la consulta de deshabituación tabáquica son adultos jóvenes con alto grado de dependencia y con una escasa prevalencia de síntomas. En nuestro estudio la edad media fue de 62,47 años, la dependencia media 5,2 puntos (promedio en hombres 4,78 y en mujeres 5,68), la media de cigarrillos día es de 16cig/día, media de IPA 45,02 (hombres 47,97 y mujeres 41,7), y 22,34 de media de CO. El 26% de la muestra general presentaba EPOC o patología respiratoria y el 72% factores de riesgo cardiovascular. Se concluye nuestro estudio demostrando que los pacientes que acudieron a la consulta de

deshabitación tabáquica son mayores de la tercera edad con una dependencia moderada y con alta prevalencia de síntomas.

Rodríguez ML. et al (70), en el año 2000 demostró a través de un estudio descriptivo transversal, que el 78,4% de los fumadores que acudieron a consulta de Atención Primaria, consumía entre 1 y 20 cigarrillos día; el 77,31% tenían una dependencia leve a la nicotina y un 43% presentó alguna de las patologías estudiadas. Por el contrario nuestro estudio demuestra que sólo un 21, 18% presenta una dependencia leve a la nicotina, y el porcentaje de patología asociada es mucho mayor, un 91% de los pacientes presentaban patología, y sólo el 9% no presentó patología.

En un estudio similar en 2015, Quilez N. et al (7), a través de un estudio descriptivo a 512 pacientes, hubo un predominio de mujeres (56,4%) y un consumo tabáquico de 26,6 cigarrillos/día, siendo un consumo de tabaco elevado.

Por otro lado, Said H. et al (54), en una estudio transversal entre 2009 y 2011 de 279 pacientes, un 92,8% eran hombres y en un 31% presentaban enfermedades cardiovasculares y respiratorias. La ansiedad estaba presente en un 46,2% y un 50,5% presentaban dependencia muy alta a la nicotina. Por el contrario, en el estudio general un 51% (51) eran mujeres, de las que un 37,25%(19) presentaban enfermedades cardiovasculares y un 50,98% (26) enfermedades respiratorias. La ansiedad estaba presente en un 33,3% (17).

Mientras que Alamadana V. et al (71), entre 2011 y 2012 realizó un estudio de cohortes observacional, longitudinal y prospectivo en 678 fumadores con un consumo acumulado mayor de 10 paquetes/año, los cuales presentaron niveles de ansiedad altos. El consumo acumulado en el estudio de los 85 fumadores fue de 45,02 paquetes/año

Aunque no compete al presente estudio, sirva como ejemplo en pacientes hospitalizados, en 2013, Corrêa AP. et al (51) en Brasil, realizó un estudio estadístico descriptivo en 100 pacientes hospitalizados, de los cuales 58% eran hombres y fumaban una media de 20 cigarrillos día aproximadamente, se observó que el 36% tenían baja dependencia a la

nicotina. 91% de los pacientes quería dejar de fumar, 57% estaban en fase de preparación. Aunque la hospitalización es un buen momento para abandonar el hábito tabáquico, los profesionales de la salud no realizan intervenciones efectivas y sistemáticas en este sentido.

También destacar, que en 2001, por otra parte, Siddiqui S. et al (72) realizó un análisis estadístico a 230 trabajadores de un hospital, donde un 29% eran hombres fumadores, cifra más alta que las mujeres. La mayoría fumaba entre 11-20 cigarrillos diarios. El 70% de los fumadores pensó en dejar de fumar y el 58% intento dejar de fumar, pero la mayoría fallo debido a razones sociales o influencias de amigos (44%). Concluye su estudio diciendo que la prevalencia del tabaquismo es alta entre los trabajadores del hospital, saben que fumar es dañino para ellos y para otros, pero no lograron dejar de fumar. Por lo que la educación sanitaria junto con la ayuda de médicos generales puede ayudar a aumentar la tasa de abandono entre fumadores y evitar que los fumadores nuevos comiencen a fumar.

En relación con la enfermedad cardiovascular, Choi YJ. et al (50) en Corea del Sur en 2013, estudió un total de 275 pacientes que habían sido seguidos regularmente durante más de un año después de un infarto de miocardio. El 97,1% eran hombres con una edad media de 57 años. En un año, sólo el 52% de los pacientes había dejado de fumar.

8. CONCLUSIONES

Primera. La hipótesis inicial del trabajo se cumple pero de forma incompleta. El perfil del paciente que acude a la consulta de deshabituación tabáquica del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza es una mujer con una o más patologías asociadas pero la más frecuente es la depresión. También es relevante la asociación del cáncer de colon.

Segunda. Se ha conocido el perfil de los pacientes mayores de 55 años que acuden a la Consulta de Deshabituación Tabáquica del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza entre los años 2015 y 2018.

Tercera. El tabaco es uno de los mayores problemas de salud pública al que ha tenido que enfrentarse la humanidad. Mata hasta la mitad de sus consumidores y a muchos de los fumadores pasivos. Existen más de 15 tipos

de tumores relacionados con su consumo, especialmente el de pulmón y laringe, además de multitud de patologías respiratorias, cardiovasculares, etc.

Cuarta. En los pacientes que muestran deseo para dejar de fumar hemos encontrado asociación con patologías no respiratorias como dislipemia, HTA, diabetes tipo II, ansiedad y depresión, cardiopatía isquémica, AIT, obesidad, insuficiencia venosa crónica, cáncer de colon, cáncer de mama, patologías reumáticas, aneurisma cerebral, alcohol y esteatosis, TEP y TVP, enfermedad tiroidea, esquizofrenia y TOC.

Quinta. Estudiadas las siguientes patologías respiratorias: EPOC, Insuficiencia respiratoria, Cáncer de Pulmón, SAHS y asma; se concluye que un 55% de la población de estudio presentaba al menos una de ellas. Representado sobre el total de la población de estudio el 41% padece EPOC, un 21% Insuficiencia respiratoria, un 10% Cáncer de Pulmón, un 9% SAHS y un 6% asma.

Sexta. En líneas generales nuestros resultados no coinciden con los de otros autores ya que en nuestro estudio predominan las mujeres, frente al de otros autores donde la población de estudio mayoritaria viene representada por varones en la cuarta década de su vida. Al tener una población de estudio con una edad más avanzada, los resultados de nuestro estudio indican que los pacientes presentan una alta prevalencia de sintomatología, frente a la baja prevalencia de síntomas de otros autores. Si nos referimos al estudio del consumo actual de tabaco, los resultados tampoco coinciden, ya que mientras la media de paquetes/año es de 10 y presentaban un alto grado de dependencia, en nuestro estudio la media es de 45,02 paquetes/año, cifra mucho mayor, presentando un nivel de dependencia moderado. En este último (estudio del consumo actual de tabaco), sí coincidimos con otros autores, en que el perfil del paciente que acude a la consulta, en su mayoría es varón.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Guarnido V, Orígenes, expansión, producción y mercado del tabaco en España. Cuad Geog [Google Académico]. 1983 [citado 12 Julio 2018];13: 147-180. Disponible en:
<file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-OrigenesExpansionProduccionYMercadoDeTabacoEnEspan-53155.pdf>
- (2) Riesco J.A, Tabaquismo. Infosalus [Google Académico]. [Citado 27 Julio 2018]. Disponible en: <http://www.infosalus.com/enfermedades/aparato-respiratorio/taquismo/que-es-taquismo-3.html>
- (3) Gutiérrez E, Rejas J, Criado P, Campo EP, Breñas MT, Martín N et al. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. Med CI [Science Direct]. Dic 2015 [citado 20 Mayo 2018]; 145(12):520-5. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531500250X>
- (4) Rodríguez L, Calle M. Tabaco y tabaquismo. Neum CI [Science Direct]. 2010 [citado 20 Mayo 2018]; Ed 1ª:593-9. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978848086298150072X>
- (5) Marrueco M, Hernández M.A, Torrecilla M, Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo [Libro]. Enero 2009 [citado 27 Mayo 2018]. Cap I: 23-52. Cap IV: 95-116. Cap VI: 151-178.
- (6) Who.int [Internet]. Tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [actualizado 2016; citado 2 Feb 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- (7) Quílez N, Díez J.M, Pérez R, Bilbao-Goyoaga T, Antón E, Álvaro D, Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en una Unidad de Tabaquismo. Rev Patol Resp [Google Académico]. Ene-Marz 2015 [citado 27 Junio 2018]; 18(1):3-7. Disponible en:
https://www.revistadepatologiarrespiratoria.org/descargas/pr_18-1_3-7.pdf
- (8) Pastor FP, Llorca SV. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. Adicc [Google Académico]. 2004 [citado 22 Mayo 2018]; 16(2):13-24. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/M_Miguez/publication/28302360_Los_procedimientos_de_autoayuda_para_dejar_de_fumar/links/56b4ab3

- (9) Benegas JR, Díez J, González J, Villar F, Rodríguez F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin [Science Direct]*. May 2005 [citado 23 Mayo 2018]; 124(20):769-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305718893>
- (10) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
- (11) U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
- (12) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- (13) Austoni E, Mirone V, Parazzini F, et al. Smoking as a risk factor for erectile dysfunction: Data from the Andrology Prevention Weeks 2001–2002. A study of the Italian Society of Andrology (S.I.A.). *European Urology* 2005 [Pubmed]; 48(5):810–818.
- (14) Nash SH, Liao LM, Harris TB, Freedman ND. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: Results from the NIH-AARP cohort. *American Journal of Preventive Medicine* 2017 [Pubmed]; 52(3):276-283.
- (15) Goldcopd.org, Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. US: GOLD; 2017 [actualizado 2016; citado 3 Junio 2018]. Disponible en: <http://goldcopd.org>

- (16) Separcontenidos.es, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica [Internet]. Barcelona: SEPAR; 2016 [citado 7 Mayo 2018]. Año SEPAR 20152016 de la EPOC y el tabaco [aprox. 1 p]. Disponible en: <http://separcontenidos.es/site/?q=node/627>
- (17) Gompelmann D, Sarmand N, Herth FJ. Interventional pulmonology in chronic obstructive pulmonary disease. [PubMed]. 2017 [actualizado 17 Feb 2017; citado 19 Junio 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28221172>
- (18) Decramer M, Vestbo J, Hui D et al. Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, una guía para profesionales sanitarios [Internet]. México: GoldCOPD; 2014 [actualizado 2014; citado 6 Junio 2018]. Disponible en: http://goldcopd.org/wpcontent/uploads/dlm_uploads/2016/04/GOLD_Pocket_Spanish.pdf
- (19) Doll R, Peto R, Boreham J, Gray R, Sutherland J. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328:1519-28.
- (20) GOLD Guidelines 2006. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. November 2006. Disponible en: www.goldcopd.org (consulta Nov 2008).
- (21) López AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Helds LS, et al. The Global Burden of COPD: Future COPD projections. Eur Respir J 2006; 27:397-412.
- (22) Soriano JB, Miravittles M, Datos epidemiológicos de EPOC en España. Arch Bronconeumol 2007; 43(1):2-9.
- (23) INE. Defunciones según la causa de muerte. Notas de Prensa [Internet]. 2016 [citado 22 Mayo 2018]; [aprox. 1 p]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
- (24) De Abajo Larriba AB, Díaz Rodríguez A, González Gallego J, Méndez Rodríguez E, Álvarez MJ, Capón Álvarez J, et al. Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con EPOC, estudio

- ADEPOCLE [PubMed]. 2016 [citado 15 Mayo 2018]; 33(4):398. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27571673>
- (25) Riesco Miranda JA, Alfageme Michavilla I, de Lucas Ramos P. COPD and Smoking. What Awaits?. Arch Bronconeumol [Internet]. 2016 [citado 2 Junio 2018]; 52(3):119-20. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1579212916000148>
- (26) Figueira JM, Dorta R, Sánchez MC, Viña P, Díaz D, Guzmán C et al. Comorbilidad cardiovascular en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Canarias (estudio CCECAN). CI Inv Arter [Science Direct]. Jul 2017 [citado 15 Mayo 2018]; 29(4):149-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214916817300189>
- (27) American Thoracic Society. Cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153:861-65.
- (28) Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large smoking. Circulation 2005; 111(20):2684-98.
- (29) Leone A, Barbarine A. Exposure to passive smoking: a test to predict endothelial dysfunction and atherosclerosis lesions. Angiology 2008; 59(2):220-3.
- (30) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- (31) National Toxicology Program. Tobacco-Related Exposures. In: Report on Carcinogens. Fourteenth Edition. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2016.
- (32) National Cancer Institute. Cancer Trends Progress Report: Secondhand Smoke Exposure. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, January 2017

- (33) International Agency for Research on Cancer. Tobacco SmokingNotificación de salida, Second-hand Tobacco SmokeNotificación de salida, and Smokeless TobaccoNotificación de salida. Lyon, France: 2012. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 100E.
- (34) U.S. Environmental Protection Agency (December 1992). Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. Retrieved August 21, 2017.
- (35) Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *Lancet* 2008; 371(9629):2027–2038. [PubMed Abstract]
- (36) Piano MR, Benowitz NL, Fitzgerald GA, et al. Impact of smokeless tobacco products on cardiovascular disease: implications for policy, prevention, and treatment: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 2010; 122(15):1520-1544. doi: 10.1161/CIR.0b013e3181f432c3Notificación de salida
- (37) Villanti AC, Richardson A, Vallone DM, Rath JM. Flavored tobacco product use among U.S. young adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2013 [Pubmed]; 44(4):388-391.
- (38) Corey CG, Ambrose BK, Apelberg BJ, King BA. Flavored tobacco product use among middle and high school students--United States, 2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2015 [Pubmed]; 64(38):1066-1070.
- (39) Henley SJ, Thun MJ, Chao A, Calle EE. Association between exclusive pipe smoking and mortality from cancer and other diseases. *Journal of the National Cancer Institute* 2004 [Pubmed]; 96(11):853–861.
- (40) Wyss A, Hashibe M, Chuang SC, et al. Cigarette, cigar, and pipe smoking and the risk of head and neck cancers: Pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *American Journal of Epidemiology* 2013 [Pubmed]; 178(5):679-690.
- (41) Smith-Simone S, Maziak W, Ward KD, Eissenberg T. Waterpipe tobacco smoking: Knowledge, attitudes, beliefs, and behavior in two

- U.S. samples. *Nicotine Tobacco Research* 2008 [Pubmed]; 10(2):393–398.
- (42) Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (narghile) smoking: An emerging health risk behavior. *Pediatrics* 2005 [Pubmed]; 116(1):e113–119.
- (43) Cobb C, Ward KD, Maziak W, Shihadeh AL, Eissenberg T. Waterpipe tobacco smoking: An emerging health crisis in the United States. *American Journal of Health Behavior* 2010 [Pubmed]; 34(3):275–285.
- (44) World Health Organization (Tobacco Free Initiative): Advisory Note. Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions for Regulators, 2nd edition. Notificación de salida. 2015. (retrieved December 12, 2017, from [http://www.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/waterpipesecondedition/en/Notificación de salida](http://www.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/waterpipesecondedition/en/Notificación%20de%20salida))
- (45) Prignot JJ, Sasco AJ, Poulet E, Gupta PC, Aditama TY. Alternative forms of tobacco use. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2008 [Pubmed]; 12(7):718–727.
- (46) Inoue-Choi M, Liao LM, Reyes-Guzman C, et al. Association of long-term, low-intensity smoking with all-cause and cause-specific mortality in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *JAMA Internal Medicine* 2017 [Pubmed]; 177(1):87-95.
- (47) Inoue-Choi M, Hartge P, Liao LM, Caporaso N, Freedman ND. Association between long-term low-intensity cigarette smoking and incidence of smoking-related cancer in the National Institutes of Health-AARP cohort. *International Journal of Cancer* 2018 [Pubmed]; 142(2):271-280.
- (48) Dawood N, Vaccarino V, Reid KJ, Spertus JA, Hamid N, Parashar S; Premier Registry Investigators. Predictors of Smoking Cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success. *Arch Intern Med* 2008; 168:1961-7
- (49) Morchón S, Blasco JA, Rovira A, Arias CN, Ramón JM. Effectiveness of smoking cessation intervention in patients with cardiovascular disease. *Rev Esp Cardiol [PubMed]*. Nov 2001 [citado 27 Julio 2018];

54(11): 1271-6. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11707236>

- (50) Choi YJ, Park JS, Kim U, Lee SH, Son JW, Shin DG, Kim YJ, et al, Changes in smoking behavior and adherence to preventive guidelines among smokers after a heart attack. J Geriatric Cardiol [Pubmed]. Jun 2013 [citado 27 Julio 2018]; 10(2): 146-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23888174>
- (51) Corrêa AP, Echer IC, Profile and motivation for smoking cessation in surgical inpatients. Rev Gaucha Enf [PubMed]. Marz 2015 [citado 27 Julio 2018]; 36(1): 69-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26098805>
- (52) Murray PR, Bailey W, Daniels K, Bjoruson WM, Kurnov R, Connett J, et al. Safety of nicotine policrix gum used by 3094 participants in the lung health study. Chest 1996; 109: 438-45.
- (53) US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine and addiction. A report of the surgeon general: Rockville: US Department of Health and Human Services; 1988.
- (54) Said H, Khefacha S, Chebil D, Dhidah L, Ben M, Smoker's clinical characteristics at a tobacco cessation consultation (Sousse university hospital, Tunisia). Rev Mal Respir [PubMed]. Nov 2014 [citado 27 Mayo 2018]; 31(9): 831-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25433588>
- (55) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990.
- (56) Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. New England Journal of Medicine 2013 [PubMed]; 368(4):341–350.
- (57) McBride CM, Ostroff JS. Teachable moments for promoting smoking cessation: The context of cancer care and survivorship. Cancer Control 2003 [PubMed]; 10(4):325–333.

- (58) Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the U.K. since 1950: Combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal* 2000 [Pubmed]; 321(7257):323–329.
- (59) Travis LB, Rabkin CS, Brown LM, et al. Cancer survivorship—genetic susceptibility and second primary cancers: Research strategies and recommendations. *Journal of the National Cancer Institute* 2006 [Pubmed]; 98(1):15–25.
- (60) Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: Systematic review of observational studies with meta-analysis. *British Medical Journal* 2010 [Pubmed]; 340:b5569.
- (61) Warren GW, Kasza KA, Reid ME, Cummings KM, Marshall JR. Smoking at diagnosis and survival in cancer patients. *International Journal of Cancer* 2013 [Pubmed]; 132(2):401–410.
- (62) Walter V, Jansen L, Hoffmeister M, Brenner H. Smoking and survival of colorectal cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology* 2014 [Pubmed]; 25(8):1517–1525.
- (63) Ruiz R. Índice Paquetes Años. *Esp Fisio Resp* (Internet) Junio 2014 (citado 20 Agosto 2018). Disponible en: <https://www.atencionrespiratoria.com/single-post/2014/06/05/%C3%8Dndice-de-Paquetes-A%C3%B1o>
- (64) Gil R, Ibarra C, Florenzano M, Parada MT, Morín G. Diagnóstico precoz de enfermedades pulmonares por tabaquismo. *Rev Med Cl Condes* [Science Direct]. Sept 2010 [citado 15 Mayo 2018]; 21(5):714-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705927>
- (65) Fiore M, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. May 2008.
- (66) Rigotti N, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic*

- (67) Bruguera E, Diaz-Maroto JL, Fernández C, López V, Ramón JM, Sanz V, et al, Perfil del paciente que quiere dejar de fumar atendido en consultas de Atención Primaria y especializada de España. Rev Clin Esp [ScienceDirect]. Abril 2009 [citado 27 Junio 2018]; 209(4): 160-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256509713086>
- (68) Ramón J.A, Bruguera E, Fernández C, Sanz V, Ramírez E, Motivos para dejar de fumar en España, en función del sexo y la edad. Gac San [Science Direct]. Nov-Dic 2009 [Citado 27 Junio 2018]; 23(6): 539 e1-e6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109003124>
- (69) Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Guillén D, Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. Arch Broncon [ScienceDirect]. 2003 [citado 20 Julio 2018]; 39(7): 298-302. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289603753897>
- (70) Rodríguez ML, Pérez A, Clemente ML, Barrio JL, Herrero I, Rubio AM, Dependencia nicotínica, patologías concomitantes y cese del tabaquismo. Rev Esp Med Fam [Dialnet]. 2004 [citado 20 Julio 2018]; 3: 105-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3778457>
- (71) Almadana V, Montemayor T, Rodríguez J, Niveles de Ansiedad y Depresión en los fumadores que acuden a una consulta de deshabituación tabáquica y factores relacionados. IDUS [Internet]. Dic 2015 [citado 27 Julio 2018]. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/32284>
- (72) Siddiqui S, Ogbeide DO, Profile of smoking amongst health staff in a primary care unit at a general hospital in Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Med [PubMed]. Dic 2001 [citado 27 Julio 2018]; 22(12): 1101-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11802185>